



**ANALISA FAKTOR - FAKTOR YANG MEMPENGARUHI
KINERJA BIDAN PEGAWAI TIDAK TETAP (PTT) DI DESA
DALAM PELAYANAN ANTENATAL
DI KABUPATEN KUDUS**

T e s i s

**Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat
Konsentrasi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan**

Pembimbing :

**dra. Chriswardani S, M.Kes
dra. Ayun Sariatmi, M.Kes**

Disusun Oleh :

**S U P A R J O
NIM E4A001023**

**PROGRAM PASCA SARJANA
UNIVERSITAS DIPONEGORO
SEMARANG**

2003

HALAMAN PENGESAHAN

TESIS

ANALISA FAKTOR – FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KINERJA BIDAN PEGAWAI TIDAK TETAP (PTT) DI DESA DALAM PELAYANAN ANTENATAL DI KABUPATEN KUDUS


Yang dipersiapkan dan disusun oleh

Suparjo
E4A001023

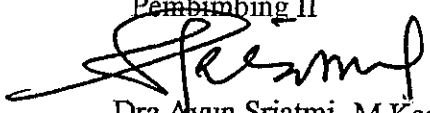
Telah dipertahankan di depan Tim Penguji
pada tanggal 5 Desember 2003
dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk diterima

Menyetujui,
Komisi Pembimbing

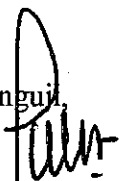
Pembimbing I


Dra. Chriswardani S, M.Kes
NIP 131 832 258

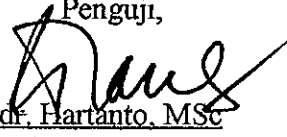
Pembimbing II


Dra Ayun Sriatmi, M.Kes
NIP 131 588 815

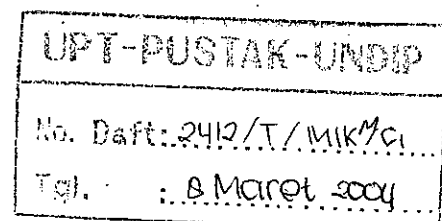
Penguji


Dr. Anneke Suparwati, MPH
NIP 131 610 340

Penguji,


dr. Hartanto, MSc
NIP 140 105 955

Tesis ini telah diterima sebagai salah satu persyaratan
untuk memperoleh gelar Magister Kesehatan



PERNYATAAN

\

Dengan ini saya menyatakan bahwa tesis ini adalah hasil pekerjaan saya sendiri dan didalamnya tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu Perguruan Tinggi dan lembaga pendidikan lainnya. Pengetahuan yang diperoleh dan hasil penerbitan maupun yang belum/tidak diterbitkan, sumbernya dijelaskan di dalam tulisan dan daftar pustaka .

Kudus, Desember 2003

Suparjo

BIODATA PENULIS

Nama : Suparjo

Tempat/Tanggal Lahir : Pati, 5 Juni 1970

Agama : Islam

Alamat : Jl. KH Noor Hadi No. 32 Kudus Phone 0291 437218

Riwayat pendidikan :

1. Tahun 1983 Lulus SD N I Dukutalit Juana
2. Tahun 1986 Lulus SMP N I Juana
3. Tahun 1989 Lulus SMA N I Pati
4. Tahun 1993 Lulus Akademi Keperawatan Semarang
5. Tahun 1998 Lulus Fakultas Ilmu Keperawatan UI Jakarta

Riwayat Pekerjaan :

1. Tahun 1993 – 1995 Supervisor Divisi Pemasaran Farmasi Bimantara Cabang Semarang
2. Tahun 1993 Guru SPK Muhammadiyah Kudus
3. Tahun 1998 sampai sekarang Direktur Akademi Keperawatan (Akper) Muhammadiyah Kudus

KATA PENGANTAR

Puji Syukur Kehadirat Illahi Rabbi yang Maha Pangasih dan Penyayang yang telah melimpahkan rahmatNya sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan tesis dengan judul “ Analisa Faktor – Faktor yang Mempengaruhi Kinerja Bidan PTT di Desa dalam Pelayanan Antenatal di Kabupaten Kudus “

Penulis mengucapkan terima kasih sebanyaknya – banyaknya atas bantuan berbagai pihak yang telah membantu proses mengikuti program Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro sampai dengan tersusunnya tesis ini. Ucapan terima kasih saya sampaikan kepada :

1. Prof. Dr. dr. Suharyo Hadisaputra, SpPD,KI, selaku Direktur Program Pasca Sarjana Universitas Diponegoro Semarang
2. Dr. Sudiro, MPH, Dr.PH, selaku Ketua Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro
3. Dra. Chriswardani, S. M.Kes, selaku Ketua Konsentrasi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat sekaligus pembimbing utama tesis
4. Dra Ayun Sariatni, M.Kes, selaku pembimbing pendamping tesis
5. dr. Anneke Suparwati, MPH, selaku penguji tesis
6. dr. Hartanto, MSc, selaku penguji tesis
7. dr. Sumintarti, selaku Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Kudus
8. Para Dokter Kepala Puskesmas Se- Kabupetan Kudus

9. Para Pengelola KIA Dinas Kesehatan Kabupaten Kudus
10. Teman – teman Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat konsentrasi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan angkatan 2001
11. Mas Supardi SKM dan Mbak Ambar SKM yang banyak membantu dan memberi dukungan
12. Huda dan Niti yang banyak membantu segalanya
13. Orang tua penulis yang tercinta
14. Anna Zakiyah Noor istriku tercinta dan Aida Nailil Izza anakku termanis

Saya berharap agar tulisan ini dapat bermanfaat. Penulis menyadari banyak kekurangan dalam penyusunan tesis ini, untuk itu saya menerima masukan dan saran. Semoga Allah S.W.T melimpahkan rahmat dan hidayah bagi hambaNya yang mau berusaha dengan ikhlas dan bertawakal. Amin

Kudus, Desember 2003

DAFTAR ISI

	Hal
Halaman Judul.....	i
Halaman Pengesahan.....	ii
Pernyataan	iii
Biodata Penulis	iv
Kata Pengantar	v
Daftar Isi.....	vii
Daftar Tabel.....	x
Daftar Gambar.....	xi
Daftar Lampiran.....	xii
Abstrak	xiii
 BAB I PENDAHULUAN.....	 1
1. Latar Belakang	1
2. Permasalahan	10
3. Tujuan Penulisan.....	10
4. Keaslian Penelitian.....	12
5. Manfaat Penelitian.....	14
6. Ruang Lingkup Penelitian.....	15
 BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	 16
1. Sumber Daya Manusia.....	16
2. Sumber Daya Kesehatan di Indonesia.....	17
3. Teori Organisasi dan Organisasi Kesehatan.....	20
4. Pengorganisasian Pengembangan Sumber Daya Kesehatan.....	27
5. Pengertian dan Modal Teori Kinerja.....	28
6. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kinerja.....	36
7. Penilaian Kinerja.....	48
8. Kebijakan Penempatan Bidan PTT di Desa	56

9. Teknik Penentuan Prioritas Pengambilan Keputusan	59
10. Kerangka Teori.....	67
 BAB III METODE PENELITIAN	68
1. Kerangka Konsep Penelitian	68
2. Hipotesis.....	68
3. Variabel Penelitian	69
4. Definisi Operasional.....	69
5. Rancangan Penelitian	76
6. Populasi dan Sampel.....	76
7. Alat Ukur Penelitian	77
8. Uji Validitas dan Reliabilitas.....	77
9. Jenis Data dan Pengumpulan Data.....	78
10. Pengolahan Data.....	79
11. Analisis Data.....	80
 BAB IV HASIL PENELITIAN	82
1. Gambaran Umum Responden	82
2. Distribusi Frekuensi Motivasi, Persepsi, Kepemimpinan dan Insentif.....	86
3. Tabulasi Silang	100
4. Hasil Analisa Multivariat.....	105
5. Hasil Penelitian Kualitatif.....	106
6. Diskusi Kelompok Terarah Penyusunan Prioritas Masalah	113
 BAB V PEMBAHASAN	125
1. Gambaran Kinerja Bidan PTT Di Desa Dalam Pelayanan Antenatal.....	125
2. Hubungan Umur Dengan Kinerja	138
3. Hubungan Masa Kerja Dengan Kinerja	130
4. Hubungan Motivasi Terhadap Kinerja Bidan PTT Di Desa	131
5. Hubungan Persepsi Sebagai Bidan PTT Di Desa Dengan Kinerja	132

6. Hubungan Insentif Dengan Kinerja Bidan PTT Di Desa	135
7. Hubungan Antara Kepemimpinan Dengan Kinerja Bidan PTT Di Desa	136
8. Pengaruh Bersama-sama Variabel Bebas Terhadap Variabel Terikat	138
8. Rekomendasi Peningkatan Kinerja Bidan PTT Di Desa	138

BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN 144

1. Kesimpulan	144
2. Saran – saran	145

DAFTAR PUSTKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Distribusi Tenaga Kesehatan di Kabupaten Kudus.....	18
Tabel 4.1. Distribusi Frekuensi Jawaban Pertanyaan Variabel Motivasi	87
Tabel 4.2. Distribusi Frekuensi Jawaban Pertanyaan Variabel Persepsi	89
Tabel 4.3. Distribusi Frekuensi Insentif	90
Tabel 4.4. Distribusi Frekuensi Kepemimpinan	91
Tabel 4.5. Distribusi Frekuensi Kinerja Bidan PTT di Desa	93
Tabel 4.6. Tabel Silang Kinerja Berdasarkan Umur.....	100
Tabel 4.7. Tabel Silang Kinerja Berdasarkan Masa Kerja	101
Tabel 4.8 Tabel Silang Kinerja Berdasarkan Motivasi	102
Tabel 4.9. Tabel Silang Kinerja Berdasarkan Persepsi	103
Tabel 4.10. Tabel Silang Kinerja Berdasarkan Insentif	104
Tabel 4.11. Tabel Silang Kinerja Berdasarkan Kepemimpinan	104
Tabel 4.12. Rekapitulasi Hasil Uji Korelasi Variabel Bebas Dengan Variabel terikat...105	
Tabel 4.13. Hasil Uji Pengaruh Secara Bersama Variabel Bebas Terhadap Terikat.....106	
Tabel 4.14. Uraian Penyajian Data Diskusi Kelompok Terarah	115
Tabel 4.15. Inventarisasi Kriteria	116
Tabel 4.16. Skoring Dan Pembobotan Penentuan Prioritas Metode Delbeq.....118	
Tabel 4.17. Skoring Dan Pembobotan Alternatif Pemecahan Metode Reinke.....120	
Tabel 4.18. Rekomendasi Rencana Kerja Peningkatan Kinerja Bidan PTT Di Desa.....122	

DAFTAR GAMBAR

Diagram 1.1 Hubungan Manusia, Lingkungan Dan Manajemen	17
Diagram 2.1 Kerangka Teori	67
Diagram 4.1 Data Bidan PTT Di Desa Menurut Umur.....	78
Diagram 4.2 Data Bidan PTT Di Desa Menurut Masa Kerja	83
Gambar 4.3 Data Bidan PTT Di Desa Menurut Status Marital	83
Diagram 4.4 Cakupan Ibu Hamil K1 di Wilayah Kerja	84
Diagram 4.5 Cakupan K4 Ibu Hamil Di Wilayah Kerja	85
Diagram 4.6 Cakupan Kunjungan Neonatus	86
Diagram 4.7 Cakupan Persalinan Oleh Nakes	88
Diagram 4.8 Distribusi Frekuensi Motivasi Bidan PTT Di Desa.....	90
Diagram 4.9 Distribusi Frekuensi Persepsi Bidan PTT Di Desa	91
Diagram 5.0 Distribusi Frekuensi Insentif Bidan PTT Di Desa	92
Diagram 5.1 distribusi Frekuensi Kepemimpinan Bidan PTT Di Desa	100

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Kuesioner Sebelum Uji Coba
- Lampiran 2. Kuesioner Setelah Uji Coba
- Lampiran 3. Hasil Uji Coba Kuesioner
- Lampiran 4. Hasil Distribusi Frekuensi
- Lampiran 5. Tabulasi Silang Masing – Masing Variabel Bebas Dengan Kinerja
- Lampiran 6. Uji Korelasi Product Moment Person
- Lampiran 7. Uji Regresi Berganda
- Lampiran 8. Hasil Skoring Dan Pembobotan Prioritas Masalah Metode Delbeq
- Lampiran 9. *Code Books* Pertanyaan
- Lampiran 10. Uji Normalitas Variabel

PROGRAM MAGISTER ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS DIPONEGORO SEMARANG 2003

ABSTRAK

Suparjo

Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kinerja Bidan PTT Di Desa Dalam Pelayanan Antenatal Di Kabupaten Kudus

xiv + 144 halaman + 18 + 8 halaman

Kinerja bidan PTT di desa dalam pelayanan antenatal merupakan hal penting sebagai dasar didalam menentukan tingkat keberhasilan pelayanan kesehatan khususnya ibu dan anak. Angka kematian ibu di Indonesia masih tergolong tinggi yaitu pada tahun 1992 yaitu 421/100.000. Indikator kinerja bidan secara mikro adalah semua kegiatan yang didapatkan dari hasil kerja seseorang untuk mencapai tujuan organisasi yang ditetapkan. Hasil survey pendahuluan terhadap 15 bidan PTT di desa dalam pelayanan antenatal menunjukkan hasil kinerja bidan yang kurang. Berdasarkan hal tersebut, sangat penting untuk melakukan penelitian tentang faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja bidan PTT di desa dalam pelayanan antenatal.

Jenis penelitian ini adalah *explanatory research*. Data diambil secara *cross sectional* dan pendekatan kuantitatif. Lokasi penelitian ini di Kabupaten Kudus. Jumlah responden adalah semua bidan PTT di desa (total populasi). Data diolah secara univariat dan bivariat yang meliputi tabulasi silang dan uji korelasi *product moment pearson*, dan uji multivariate dengan regresi linier berganda. Pengolahan data dengan menggunakan perangkat komputer program SPSS versi 10.0.

Hasil analisa deskriptif kinerja bidan PTT di desa menunjukkan 58 % mempunyai kinerja sedang dan 34 % mempunyai kinerja baik, sedangkan hasil analisa kuantitatif menunjukkan tidak ada hubungan signifikan antara umur dengan kinerja ($p = 0,1$), ada hubungan antara masa kerja dengan kinerja ($p = 0,017$), ada hubungan antara motivasi dengan kinerja ($p = 0,004$), ada hubungan antara persepsi dengan kinerja ($p = 0,010$), ada hubungan antara kepemimpinan dengan kinerja ($p = 0,006$), ada hubungan antara insentif dengan kinerja ($p = 0,015$). Sedangkan uji regresi berganda menunjukkan hasil ada hubungan signifikan antara motivasi dengan kinerja ($p = 0,007$) dan ada hubungan antara kepemimpinan dengan kinerja ($p = 0,010$).

Peningkatan kinerja bidan PTT di desa disusun berdasarkan data yang didapatkan dari survey maupun wawancara mendalam. Penyusunan dilakukan dengan tehnik diskusi kelompok terarah kepada 10 bidan PTT di desa yang diambil secara acak dengan menggunakan metode pengambilan keputusan menurut Delbeq dan Reinke. Rekomendasi disusun dengan membuat rencana kerja. Adapun rekomendasi peningkatan kinerja bidan

PTT di desa adalah sebagai berikut; pengembangan SDM bidan melalui pelatihan tehnik persalinan dan pemeriksaan obstetric serta sistem pencatatan dan pelaporan kegiatan KIA, optimalisasi tugas dan fungsi Kepala Puskesmas dan petugas pengelola KIA dalam pemantauan dan supervisi bidan, penyuluhan ibu hamil, pelatihan dukun bayi dan beranak, pembinaan posyandu, peningkatan PSM melalui peran aktif Toma, kelengkapan sarana dan prasarana dalam bentuk bidan Kit dan transportasi.

Kata kunci: Kinerja, Pelayanan antenatal, Bidan PTT di desa.
Kepustakaan: 55,1983-2002

ABSTRACT

Suparjo

Factors that influence the workability of vilalage impermanent nurse in antenatal servise in Kudus regency.

viv + 144 pages + 18 + 8 pages

The workability of village impermanent nurse in antenatal service is very important to decide the range of the success of public health service especially for mother and child. Mother mortality rate in Indonesia is still high, namely was 421/100.000 in 1992. Workability indicator of nurse in micro is all activities from the work result to reach the goal of determined organization. The previous survey result to 15 village impermanent nurses in antenatal service indicated the lack of nurse workability. Under the circumstances, to do some research about the factor influencing the workability of village impermanent nurse is very important.

This was explanatory reseach which the data were taken by using cross sectional method and quantitative approach. The location of this research is in Kudus regency. All respondent were every impermanent nurse in village(total poulation), the data were processed in multi-variant and bi-variant with double linier regression by using SPSS version 10 software. The descriptive analysis of village impermanent nurse has indicated 58% medium and 34% good, and qualilitative analysis shows that there is no significant relation between age and workability ($p=0$), there is relation between work-time and wprkability ($p=0,017$), motivation and workability ($p=0,004$), perception and workability ($0,010$) leadership and workability ($p= 0,006$), incentive and workability ($p=0,015$), in addition, double regression examination has indicated the result that there is a significant relation between motivation and workability ($p=0,007$) and also between leadership and workability ($p=0,010$). Increasing workability of village impermanent nurse is based on data from survey and deep interview in which technique of group discussion lead to 10 village impermanent nurses randomly taken by using Delbeq's and Reinke's decision-making method. Recommendation is drawn to make the work plain. And increasing workability's recommndation of village impermanent nurse development of human resources by technical training in obstetric ang gynecology ang not-reporting system KIA activity, optimal task ang function of Puskesmas leader and also astaff of KIA in observing and supervising nurses, counseling women in pregnancy, training of child-bear practitioner, guiding posyandu, developing human recourse through active Toma, devide tool lile Kit nurse and transportation.

Keyword : Workability, Antenatal service, village impermanent nurse.

References : 55, 1983 - 2002

BAB I

PENDAHULUAN

1. Latar Belakang

Masalah kesehatan ibu dan anak di Indonesia sampai saat ini masih perlu mendapatkan perhatian mengingat berbagai upaya peningkatan dan usaha untuk mengatasi masalah kesehatan ibu dan anak belum menunjukkan hasil yang nyata bila diukur dengan indikator derajat kesehatan masyarakat.

Tahun 1986 angka kematian ibu bersalin di Indonesia masih tertinggi di antara negara-negara Asean yaitu sekitar 450/100.000 kelahiran hidup, dengan berbagai upaya yang telah dilakukan oleh pemerintah menurunkan angka kematian ibu sangat lambat yaitu sekitar 421/100.000 kelahiran hidup pada tahun 1992. Angka kematian ibu tersebut sekitar 3 – 6 kali lebih besar dari angka kematian ibu di negara-negara Asean dan 50 kali lebih besar dari AKI di negara maju. Diperkirakan pula bahwa selama ini angka kematian ibu belum menurun secara bermakna. Perkiraan pada awal tahun 2002 angka kematian maternal, yaitu 334/100.000 kelahiran hidup dan neonatal sebesar 21,8/1000 kelahiran hidup. Besarnya angka kematian ibu tersebut diatas selain faktor keadaan gizi dan keadaan kesehatan secara umum, juga disebabkan karena penanganan kehamilan ibu dan kelahiran bayi yang kurang memadai, khususnya di daerah pedesaan. Dalam penelitian longitudinal mengenai kesehatan dan pengembangan gizi masyarakat di Kabupaten Purworejo, Sastrowijoto (1997) melaporkan bahwa pemeriksaan yang memenuhi kriteria baik adalah 41,5% dan kriteria kurang adalah 58,5%. Kriteria baik dalam

penelitian ini adalah jika ibu hamil telah 4 kali di timbang, 4 kali diukur tinggi fundus uteri, 4 kali diukur tekanan darah dan minimal 1 kali dilakukan imunisasi tetanus toksoid.

Upaya pemerintah untuk menurunkan angka kematian ibu dilakukan melalui upaya peningkatan kualitas sumber daya (provider) terhadap layanan kesehatan terhadap ibu hamil dan persalinan dengan menyebarkan bidan desa di 50.000 desa di pelosok tanah air. Sehingga harapannya angka kematian ibu menjadi menurun. (Depkes RI,1994).Hal demikian sesuai dengan kebijakan Departemen Kesehatan dengan surat edaran Direktorat Jendral Pembinaan Kesehatan Masyarakat No.429/Bin.Ke.Mas/DJ/111.89 tanggal 29 Maret 1989 yang mengatur tentang penempatan tenaga bidan desa. Sedangkan SK. Menkes RI No. 1212/MENKES/SK/IX/2002 mengatur tentang penempatan bidan desa PTT. Tujuan penempatan bidan desa PTT adalah diharapkan secara kesinambungan kebutuhan bidan desa dapat terpenuhi. Mengingat keterbatasan dana yang ada, disisi lain kebutuhan tenaga bidan desa masih dibutuhkan maka kebijakan bidan desa PTT menjadi alternatif pilihan .

Tugas dan wewenang bidan desa PTT mempunyai kesamaan dengan bidan desa , yaitu mempunyai wewenang umum antara lain; memberikan penyuluhan tentang KIA , membimbing serta membina dukun bayi , deteksi resiko tinggi kehamilan,mengawasi kehamilan, melayani persalinan normal termasuk letak sungsang pada multipara, episiotomi tingkat I dan II, mengawasi pertumbuhan dan perkembangan bayi dan anak prasekolah,

memberikan obat dan vitamin serta pengobatan tertentu dalam bidang kebidanan sepanjang hal ini tidak melalui suntikan (Depkes, RI 1996)

Salah satu tujuan program pelayanan Antenatal Care adalah penurunan angka kesakitan atau kematian balita akibat proses persalinan atau pun perawatan pasca persalinan baik ibu maupun neonatusnya. Pengelolaan Program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) pada prinsipnya memantapkan dan meningkatkan jangkauan pelayanan kesehatan secara efektif dan efisien. Pemantapan pelayanan KIA dewasa ini diutamakan pada kegiatan pokok yaitu: peningkatan pelayanan antenatal disemua fasilitas pelayanan dengan kualitas yang setinggi-tingginya, peningkatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan, peningkatan deteksi dini resiko tinggi ibu hamil baik oleh tenaga kesehatan , kader dan dukun bayi serta penanganan dan pengamatannya secara terus menerus, serta peningkatan neonatal dengan kualitas yang baik dan jangkauan yang setinggi – tingginya. Perhatian yang besar pada kesehatan ibu hamil menunjukkan upaya untuk meningkatkan kesejahteraan anak yang dimulai sejak dari dalam kandungan ibu. Sehingga program KIA perlu terarah agar dapat terjangkau semua ibu serta mampu menangani mereka yang termasuk beresiko tinggi.

Pemantauan cakupan pelayanan KIA disuatu wilayah secara terus menerus dengan menggunakan alat manajemen program KIA yang disebut Pemantauan Wilayah Setempat (PWS KIA). Tujuannya adalah dapat dilaksanakan tindak lanjut pelayanan ante natal yang cepat dan tanggap serta tepat. Pemantauan lebih di fokuskan terhadap desa dengan cakupan ante

natalnya masih rendah. Di dalam PWS KIA tersebut ada beberapa indikator yang dapat dilihat untuk mengetahui hasil cakupan kegiatannya dan indikator pemantauan KIA yang mudah dipahami untuk menggambarkan pemerataan pelayanan KIA. Indikator itu termasuk cakupan kunjungan pertama ibu hamil (K1). Untuk menggambarkan efektivitas program KIA yang dilihat adalah cakupan kunjungan ibu hamil yang ke empat (K4). Kedua indikator tersebut dinamakan indikator non teknis program KIA (Depkes. RI,1994). Hasil penelitian Rachdyatmaka, 1997 tentang "*Analisis Faktor – Faktor yang Mempengaruhi Kinerja Bidan Desa di Merauke*" dengan melihat variabel yaitu perlengkapan kerja, rekan kerja, kompensasi, sikap dalam bekerja, kepemimpinan dan pemanfaatan pelayanan kesehatan terhadap kinerja bidan desa (K4) . Dari variabel tersebut menunjukkan hasil yang signifikan adalah sikap dalam bekerja terhadap kinerja ($p= 0,0364$ dan $r = 0,27073$).

Seiring dengan kemajuan teknologi dan dinamika masyarakat, maka tuntutan kebutuhan masyarakat akan peningkatan pelayanan kesehatan ibu dan anak merupakan suatu tantangan yang cukup berat bagi pelayanan kesehatan untuk melaksanakan pengembangan. Pengembangan pelayanan kesehatan ibu dan anak menyita biaya dan tenaga yang cukup besar. Selain itu kompleksitas dan luasnya masalah ibu dan anak memerlukan perencanaan serta pengelolaan yang cermat untuk mendapatkan daya guna yang maksimal dalam menggunakan potensi dan sumber daya yang ada, mengingat faktor keterbatasan dana yang tersedia bagi pengembangan pelayanan kesehatan.

Suatu hal yang semakin disadari pada dasa warsa ini adalah sumber daya manusia (SDM) merupakan *asset* organisasi yang paling tinggi dibandingkan dengan sumber daya lainnya. Tingkat sumber daya lainnya, baik finansial maupun non-finansial, sangat tergantung kepada tingkat efektivitas pemanfaatan SDM.

Pada saat ini organisasi pelayanan kesehatan menghadapi dua tuntutan secara simultan. Pertama, tuntutan masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang bermutu dengan harga yang dapat dijangkau. Kedua, sulitnya mendapatkan sumber daya yang semakin terbatas untuk memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu tersebut. Dalam kondisi seperti ini, dituntut organisasi mampu mengoptimalkan sumber daya manusia pada khususnya dengan lebih efektif dalam menjalankan tugas dan fungsinya. Sehingga pada akhirnya kinerja organisasi pelayanan kesehatan menjadi salah satu unsur penting dalam menjawab tuntutan tersebut.

Kinerja tenaga kesehatan menjadi unsur yang sangat penting untuk dikaji dalam rangka memelihara dan meningkatkan pembangunan kesehatan. Kajian – kajian mengenai kinerja memberikan kejelasan tentang faktor – faktor yang berpengaruh terhadap kinerja personal. Ada tiga faktor yang berpengaruh terhadap kinerja personal, yang dikelompokkan dalam tiga variabel yaitu: variabel individu, psikologis dan variabel organisasi (Gibson, 1996). Ketiga kelompok variabel tersebut mempengaruhi perilaku kerja yang selanjutnya berefek kepada kinerja personal. Sedangkan menurut Gomes (1995), mengatakan bahwa kinerja adalah suatu ukuran terhadap kontribusi –

kontribusi individu untuk mencapai tujuan organisasi. Dalam mencapai tujuan organisasi unsur manusia merupakan hal terpenting dalam organisasi. Betapapun sempurnanya perencanaan, pelaksanaan, pengawasan dan penilaian organisasi, apabila orang – orang tidak bekerja dengan minat dan gembira, maka organisasi tidak akan mencapai sebanyak yang seharusnya dicapai.

Tujuan tugas utama bidan diharapkan mampu melayani klien dengan profesional, baik masyarakat maupun individu dengan jiwa sosial dan penuh dengan dedikasi kemanusiaan pada tatanan tugas yang telah ditetapkan.

SK Menkes RI No. 1212 tahun 2002 menyebutkan bahwa bidan desa PTT adalah bidan yang bukan Pegawai Negeri, diangkat oleh pejabat yang berwenang untuk melakukan pekerjaan sebagai bidan dalam rangka pelaksanaan program pemerintah.

Di Kabupaten Kudus terdapat 103 bidan di desa, 65 orang adalah bidan PTT di desa (64%). Indikator makro kinerja bidan desa dapat dievaluasi melalui hasil cakupan K1 dan K4. Adapun hasil cakupan K1 dan K4 di Dinas Kesehatan Kabupaten Kudus tahun 2001 adalah untuk cakupan K1 (99,3%) dan cakupan K4 (90,3%). Hasil tersebut menggambarkan tingkat pencapaian yang memuaskan. Indikator makro ini merupakan hasil upaya semua petugas kesehatan dalam rangka menurunkan angka kematian bayi dan ibu melahirkan. Sehingga indikator ini bersifat tidak langsung dan banyak dipertanyakan apakah sah menggunakan indikator tersebut untuk melihat kinerja (Ilyas,2001)

Secara mikro indikator kinerja dapat dilihat pada kinerja personal secara individual dari unit tertentu pada organisasi kesehatan. Penelitian Gani d.k.k tahun 1986 meneliti tentang personal 6 puskesmas di Sukabumi dan Pandeglang Jawa Barat. Dengan metode *work sampling*, peneliti mengukur waktu kerja produktif personal puskesmas. Hasil yang didapatkan adalah waktu produktif personel puskesmas adalah 53,2 % dari waktu kerja. Sedangkan 46,8% dari waktu jam kerja digunakan kegiatan non - produktif. Haslida (1994) meneliti *Faktor – Faktor yang Berhubungan Dengan Prestasi Kerja Bidan Desa Di Kabupaten Subang, Jawa Barat*. Penelitian ini menggunakan rancangan *cross sectional* dengan jumlah sampel 51 responden. Hasil penelitian menunjukkan adanya hubungan antara variabel individu (umur, status perkawinan), variabel psikologi (dorongan) dan variabel lingkungan (supervisi, sarana, dukungan pemerintah desa) dengan prestasi kerja bidan desa.(*Ilyas,2001*). Hasil studi pendahuluan dengan melakukan wawancara mendalam pada 15 bidan di PTT desa , Kecamatan Bae, Dawe dan Kota pada tanggal 14 – 17 Maret 2003. Hasilnya menunjukkan 12 orang (80%) waktu bekerja pada jam 08.30 WIB dan pulang ke perumahan pada jam 12.30 WIB. tiga belas orang (86,6%) setelah pulang kerumah kegiatannya adalah menunggu pasien yang datang berobat dan 2 orang (13,3%) tidak mengetahui apa yang harus dikerjakan karena tidak mempunyai pasien di rumah. Hasil kunjungan K1 dari 15 bidan, hanya 6 (40 %) orang yang mempunyai data. Hasil kunjungan cakupan K1 menunjukkan 60 – 80 % empat orang (66,6%) dan dibawah 60% dua orang (33,3%). Kunjungan

keempat ibu hamil (K4) dari bidan tersebut hanya 5 orang yang mempunyai data (33,3%). Dari lima orang tersebut hasil cakupan K4 menunjukkan semuanya dibawah 50%. Sedangkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan peneliti dengan 15 bidan PTT di desa Kecamatan Bae, Dawe dan Kota, pada tanggal 3 – 7 November 2002, menghasilkan bahwa rata-rata bidan PTT di desa lebih melakukan pelayanan yang bersifat kuratif atau pengobatan pada balita atau anak yang sedang sakit. Dari sepuluh bidan PTT, hanya 4 (40%) yang melakukan perencanaan *follow up* kasus dengan cara melakukan layanan rumah bagi ibu – ibu yang akan melahirkan. Bahkan di dukuh Krajan desa Bae, 33% kelahiran dibantu oleh dukun bayi. Seratus persen (100 %) neonatus dari kelahiran yang ditolong oleh dukun bayi tidak dilakukan Kunjungan Neonatus oleh bidan desa. Dari kajian tentang latar belakang pendidikan bidan PTT di desa didapatkan 100 % berlatar belakang DI Kebidanan dengan latar belakang SPK. Selain itu stuktur dan desain pekerjaan mempunyai kesamaan. Jabaran uraian tugas dan fungsi serta kewenangan masing – masing bidan mengacu pada ketetapan Menkes yang tercantum pada buku petunjuk pelaksanaan bidan di desa, uraian tugas dan wewenang ini juga diberlakukan bagi bidan desa untuk PTT. Pada aspek pengembangan dalam bentuk pelatihan semua bidan PTT di desa tidak diberikan pelatihan khususnya mengenai pelaksanaan pelayanan antenatal, bentuk pembinaan yang dilakukan oleh petugas dari Dinas Kesehatan Kabupaten Kudus belum optimal. Dengan melihat sifat kesamaan variabel dan mengacu pada teori Gibson, maka variabel jenis kelamin , pendidikan, pelatihan, struktur serta

desain pekerjaan, dan sumber daya/alat kerja tidak dimasukkan dalam variabel penelitian. Pada pengamatan sistem pencatatan dan pelaporan bidan di desa PTT tentang kunjungan ibu hamil (K1 dan K4) dan kantong persalinan belum terisi dengan baik. Rata-rata bidan PTT di desa bertempat tinggal di desa sesuai dengan wilayah kerjanya serta dilengkapi dengan fasilitas sarana dan prasana kerja yang relatif sama, dalam bentuk bidan kit serta ruangan tempat melakukan aktivitas kerja.

Selain pencapaian hasil yang berkaitan dengan kegiatan bidan PTT di desa diatas, didapatkan masalah yang berhubungan dengan pelaksanaan program di tingkat kabupaten digambarkan sebagai berikut; supervisi belum dilaksanakan dengan optimal karena keterbatasan petugas, pertemuan rutin hanya dilakukan bila ada masalah-masalah khusus yang harus dibahas segera, belum optimalnya komunikasi bidan PTT di desa dengan bidan koordinator dari kabupaten, pimpinan puskesmas jarang melakukan supervisi bidan di desa, Kasi dan Kasubdin dalam menyusun skala prioritas perencanaan kegiatan atau program tidak menggunakan pendekatan Reinke maupun Delbeq, serta belum adanya program kerja secara terencana untuk peningkatan ketrampilan bidan dalam pelayanan antenatal. Permasalahan tersebut diperkirakan akan mempengaruhi kinerja bidan PTT di desa.

Melihat keadaan diatas maka perlu dilakukan penelitian tentang faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja bidan PTT di desa dalam pelayanan antenatal.

2. Permasalahan

Penempatan bidan PTT di desa diharapkan mampu berperan serta sebagai agen pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya. Melihat latar belakang diatas dimana bidan di PTT di desa dalam penggunaan jam kerja kurang optimal, rata-rata menjalankan pelayanan yang bersifat kuratif, belum optimalnya *follow up* kasus ibu hamil, bidan tidak melakukan kunjungan neonatus (KN) pasca persalinan yang dilakukan oleh tenaga dukun, sistem pencatatan tentang kunjungan ibu hamil (K1 dan K4) dan cakupan kunjungan (KI dan K4) belum optimal, serta pelaksanaan supervisi dan komunikasi dengan bidan koordinator belum optimal. Maka masalah yang akan dikaji adalah *“faktor apa yang mempengaruhi kinerja bidan PTT di desa dalam pelayanan antenatal di Kabupaten Kudus”*.

3. Tujuan Penulisan

1. Umum

Mengetahui faktor - faktor yang memengaruhi kinerja bidan PTT di desa dalam pelayanan antenatal dan menyusun rekomendasi upaya peningkatan kinerja bidan PTT di desa di Kabupaten Kudus.

2. Khusus :

1. Mengetahui gambaran tentang kinerja, umur, lama kerja, motivasi, persepsi sebagai bidan PTT di desa, kepemimpinan serta insentif bidan PTT di desa
2. Mengetahui pengaruh umur terhadap kinerja bidan PTT di desa dalam pelayanan antenatal
3. Mengetahui pengaruh lama kerja terhadap kinerja bidan PTT di desa PTT dalam pelayanan antenatal
4. Mengetahui pengaruh motivasi terhadap kinerja bidan di desa dalam pelayanan antenatal
5. Mengetahui pengaruh persepsi terhadap kinerja bidan PTT di desa dalam pelayanan antenatal
6. Mengetahui pengaruh kepemimpinan kepala Puskesmas terhadap kinerja bidan PTT di desa dalam pelayanan antenatal
7. Mengetahui pengaruh insentif terhadap kinerja bidan PTT di desa dalam pelayanan antenatal
8. Mengetahui pengaruh secara bersama umur, lama kerja, motivasi, persepsi, kepemimpinan dan insentif terhadap kinerja bidan PTT di desa dalam pelayanan antenatal.
9. Menyusun rekomendasi upaya peningkatkan kinerja bidan PTT di desa dalam melakukan pelayanan antenatal

4. Keaslian Penelitian

Masalah kinerja bidan di desa terhadap pelayanan antenatal sudah banyak diteliti. Antara lain adalah;

- 1) Rachdyatmaka (1997) di Kabupaten Merauke menganalisa Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kinerja Bidan Desa, dimana indikator kinerja secara khusus menggunakan pencapaian cakupan K1 dan K4. Peneliti menggunakan penelitian *observasional* dengan rancangan *cross sectional*. Didapatkan bahwa dari beberapa variabel bebas yang dihubungkan dengan terikat, didapatkan hanya sikap kerja yang berpengaruh ($p = 0,0364$ dan $r = 0,27073$).
- 2) Zebua (1997) meneliti Hubungan Antara Kualitas Pelayanan Dan Kemampuan Membayar dalam Pelayanan Antenatal di Kecamatan Bayan Kabupaten Purworejo, Jawa Tengah. Penelitian *non-eksperimental* dengan pendekatan deskriptif analitik. Hasilnya menunjukkan ada hubungan antara kualitas pelayanan antenatal dan kepuasan ibu hamil ($p = 0,0354$ dengan $r = 0,3431$).
- 3) Istiarti (1997) tentang Hubungan Antara Perilaku (PSP) Ibu Hamil Terhadap Pelayanan Antenatal Dengan BBLR. Penelitian yang digunakan adalah gabungan antara kuantitatif dan kualitatif dengan rancangan *case control*. Kualitatif untuk melihat beberapa faktor yang penting. Hasilnya menunjukan ada perbedaan tingkat pengetahuan, sikap dan praktik pelayanan antenatal yang kurang baik pada responden dengan BBLR dibandingkan dengan BBLN. Pengetahuan

yang rendah dalam mengenal pelayanan antenatal akan beresiko 3,43 kali lebih tinggi melahirkan BBLR, sikap yang kurang baik terhadap pelayanan antenatal akan beresiko 1,77 lebih tinggi melahirkan BBLR. Sedangkan praktik yang kurang baik dalam pelayanan antenatal akan beresiko 8,62 kali lebih tinggi melahirkan BBLR.

- 4) Syah (1998) meneliti Faktor – faktor Yang Mempengaruhi Bidan Di Desa Dalam Pelayanan Antenatal. Hasilnya menunjukkan ada hubungan positif antara motivasi dengan kinerja bidan di desa
- 5) Istiarti (1998) tentang Pemanfaatan Tenaga Bidan Desa di Kabupaten Semarang, menghasilkan hanya 25 % bidan desa dipergunakan oleh responden dalam hal perawatan kehamilan. Sedangkan hanya 16% responden meminta pertolongan bidan desa dalam persalinan. Dalam penelitian juga disebutkan bahwa responden tidak sreg terhadap penampilan dan ketrampilan bidan desa. Mereka lebih menyukai pemeriksaan dan pertolongan persalinan oleh bidan senior.

Di dalam penelitian ini peneliti akan menganalisis tentang faktor-faktor yang mempengaruhi bidan PTT di desa dalam pelayanan antenatal. Indikator yang digunakan peneliti dalam penelitian ini tidak hanya menggunakan cakupan K1 dan K4, akan tetapi mengukur kinerja sesuai dengan uraian tugas dan kontribusi bidan PTT di desa terhadap pencapaian tujuan organisasi dengan menganalisa faktor apa yang mempengaruhi kinerja bidan PTT di desa . Peneliti menggunakan penelitian *observasional* dengan rancangan *cross sectional*. Analisa kuantitatif digunakan untuk

mengetahui gambaran tentang faktor-faktor yang memengaruhi kinerja bidan di desa PTT. Selain itu dilakukan analisa kualitatif untuk mengkonfirmasi hasil dari *survey* yang dianggap penting. FGD (*focus group discution*) dilakukan setelah data *survey* terpenuhi dengan berpedoman pada wawanacara dan pengamatan yang telah disusun sebelumnya. Sedangkan *indeph interview* dilakukan pada pengelola KIA untuk mengkonfirmasi dan meminta gambaran program antenatal. Hasil yang didapatkan dari kuantitatif dan kualitatif digunakan untuk dasar penyusunan rekomendasi peningkatan kinerja bidan PTT di desa dalam palayanan antenatal.

5. Manfaat Penelitian

1. Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Kudus

- 1) Informasi penelitian ini dapat dipakai untuk mengevaluasi kinerja bidan PTT di desa dalam menjalankan pelayanan antenatal.
- 2) Mengembangkan pelayanan ante natal dan menyusun program intervensi preventif dan kuratif bagi ibu hamil dan persalinan beresiko tinggi.
- 3) Memberi arah pelaksanaan supervisi terhadap bidan PTT di desa dengan melihat faktor yang mempengaruhi kinerja.

2. Bagi Pemerintah Daerah Kabupaten Kudus

- 1) Menambah informasi mengenai efektivitas kerja dari bidan PTT di desa di wilayah kerja Kabupaten Kudus.

6. Ruang Lingkup Penelitian

1. Lingkup masalah

Masalah yang dikaji adalah analisis faktor-faktor yang mempengaruhi bidan PTT di desa dalam pelayanan antenatal .

2. Lingkup keilmuan

Penelitian ini termasuk dalam penelitian kesehatan masyarakat bidang ilmu manajemen kesehatan khususnya sumber daya kesehatan.

3. Lingkup lokasi dan waktu penelitian

Penelitian dilaksanakan di daerah Kabupaten Kudus dengan perkiraan waktu dari bulan Juni sampai dengan Agustus 2003.

4. Lingkup sasaran

Sasaran penelitian ini adalah bidan PTT di desa dengan jumlah 65 bidan PTT di desa.

5. Lingkup metode

Penelitian ini merupakan jenis penelitian *observasional* menggunakan rancangan *cross sectional* dengan metode kuantitatif.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

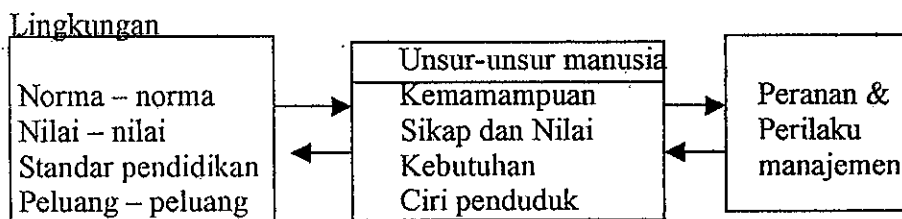
1. Sumber Daya Manusia

Sumber daya timbul dari tujuan interaksi antara manusia yang selalu mencari alat untuk mencapai tujuan dan sesuatu diluar manusia pada saat itu. Hal demikian kita sering menyebut dengan “alam“. Manusia dihadapkan dengan alam untuk mencapai sebuah keinginan dan kebutuhan. Sehingga kita memandang manusia berada pada tatanan dinamis untuk mencapai tujuan individu maupun organisasi. Eric Zimmerman dalam bukunya “*Economic Principle and Problems*” mengatakan bahwa sumber daya berkembang dan mengerut secara dinamis menurut irama kegiatan dan kebutuhan manusia. Peranan sumber daya manusia menjadi bagian dari “alam” dan sekaligus merupakan bagian dari “kultur”, yakni hasil perubahan yang menyeluruh yang disebabkan oleh olah manusia itu sendiri. Yang pada akhirnya sumber daya manusia merupakan hasil akal budinya disertai pengetahuan serta pengalaman yang dikumpulkan dengan penuh kesadaran melalui jerih payah dan perjuangan berat untuk mencapai tujuan organisasi (Martoyo,2000)

Melihat hal diatas manusia dituntut dapat mampu “menaklukkan” alam. Dalam manajemen modern kita sebut dengan manusia sebagai pelaku lingkungan yang mampu memberdayakan dan mengelola lingkungan . Ada beberapa unsur (variabel) sumber daya manusia meliputi kemampuan-kemampuan (*capabilities*), sikap (*attitudes*), nilai-nilai (*values*), kebutuhan-

kebutuhan (*need*) dan karakteristik-karakteristik demografis. (Gomes,2000). Unsur-unsur sumber daya manusia tersebut sangat dipengaruhi oleh lingkungan sekitarnya, seperti norma-norma dan nilai-nilai masyarakat, tingkat pendidikan dan peluang-peluang yang tersedia. Pada akhirnya unsur tersebut akan mempengaruhi peranan dan perilaku manajer dalam organisasi. Unsur tersebut saling berinteraksi satu dengan lainnya. Hubungan Unsur-Unsur Manusia dengan Lingkungan dan Manajemen Lingkungan dapat dilihat pada gambar dibawah ini .

Gambar 1.1 Hubungan Manusia dengan Lingkungan



Sumber : Gomes (2000)

2. Sumber Daya Kesehatan di Indonesia

Dalam masa 40 tahun terakhir, penyediaan tenaga kesehatan di Indonesia makin bertambah banyak secara nyata. Sebagai gambaran pada tahun 1950 jumlah tenaga dokter 1.200 dokter untuk 72 juta penduduk (Depkes RI,1980 dikutip oleh Illyas 2001). Sedangkan pada tahun 1990 pertambahan tenaga dokter 23.986, hal ini terjadi kenaikan 20 kali jumlah dokter tahun 1950. Sehingga jumlah total dokter tahun 1990 adalah 25.185 untuk 179,32 juta penduduk . Berarti pada periode ini terjadi penambahan

rata-rata dokter 6,95 % pertahun dan perbandingan dokter penduduk bertambah dari 60.000 orang per dokter menjadi 7.120 orang per dokter. Penambahan tenaga kesehatan dalam memberi pelayanan penduduk sering kali diindikasikan adanya tingkat perubahan yang positif terhadap pencapaian tujuan kesehatan Nasional.

Kondisi tenaga kesehatan dalam kurun waktu 40 tahun memperlihatkan pertambahan yang nyata tenaga kesehatan di Indonesia selama empat dekade dan sepertinya mempunyai hubungan dengan perbaikan status kesehatan. Rasio penduduk dengan perawat memperlihatkan perubahan relatif tinggi hal ini terlihat adanya peningkatan jumlah perawat hampir sepuluh kali lebih besar dalam kurun waktu 40 tahun yaitu dari 20.571 menjadi 2.840 per 100.000 penduduk (dikutip Illyas,2000). Tetapi rasio perawat tersebut tidak menggambarkan kualitas tenaga perawat di Indonesia. Seperti kita ketahui mayoritas masih dalam tingkat tamatan sekolah perawat (SPK) atau lebih rendah.

Gambaran tenaga kesehatan di Kabupaten Kudus terlihat dalam tabel 1.1 dibawah ini.

Tabel 1.1
Distribusi Tenaga Kesehatan di Kabupaten Kudus

Jenis Petugas Kesehatan	Jumlah	Ratio per 100.000 penduduk
Dokter Spesialis	17	1,08
Dokter Umum	62	5,25
Dokter Gigi	15	1,37
Ahli Farmasi	22	1,95
Sarjana Kesehatan Masyarakat	11	0,95
Sarjana Keperawatan	0	0
ATEM/ATRO	6	0,51
APRO	6	0,51
AKZI	13	1,10
APK	36	3,05
ARO	5	0,42
Akademi Analis Kimia	0	0
Akademi Analis Kesehatan	17	1,44
Akademi Analis Farmasi	3	0,25
Akademi Perawat	90	7,62
SPPH	25	2,21
SPAG	14	1,19
SPTG/STRG	20	1,69
SMF/SAA	96	8,13
SPK/SPR	308	26,10
Bidan (1 tahun)	335	28,39
Asinten Rongent	3	0,25
PRM Pembantu	100	8,47
Akademi Kebidanan	0	0

Sumber : Profil Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Kudus 2001

Dari tabel 1.1 diatas terlihat bahwa secara kuantitas dan kualitas tenaga kesehatan di kabupaten Kudus belum mencukupi kebutuhan pelayanan kesehatan di masyarakat.

3. Teori Organisasi dan Organisasi Kesehatan

a. Teori organisasi

Teori organisasi modern sangat berorientasi pada konsep sistem. Pada pendekatan sistem, sebuah organisasi dipandang sebagai sekumpulan bagian yang berinteraksi dan saling tergantung satu sama lain. Semua sistem terbentuk dari subsistem yang saling berhubungan. Semua sistem dapat dibagi menjadi dua tipe, yaitu sistem tertutup dan terbuka. Sistem tertutup tidak dipengaruhi faktor lingkungan luar, sedangkan sebaliknya dengan sistem terbuka.

Masukan pada sebuah organisasi terdiri atas dua sumber daya, yaitu sumber daya manusia dan sumber daya lainnya. Adapun yang dimaksud sumber daya manusia antara lain tenaga profesional, non-profesional, staf administrasi. Sedangkan yang dimaksud dengan sumber daya yang lain adalah uang, metode, peralatan dan bahan-bahan. Menurut Thompson, 1967 dikutip oleh Gomes (2000) suatu organisasi akan selalu tergantung, berinteraksi dan selalu mencoba melindungi dirinya sendiri terhadap pengaruh lingkungan.

Sejumlah ahli teori organisasi membuktikan bahwa struktur dan manajemen suatu organisasi akan bergantung pada tugas-tugas yang diembannya, dan hasilnya adalah kinerja yang lebih baik apabila sesuai dengan tugasnya. Adanya hubungan bermakna antara organisasi, fungsi, serta lingkungan tercermin dalam studi yang telah dilakukan oleh Perrow (1967). Lawrence dan Lorsch (1967) dan Gilbraith (1973) menemukan

serta lingkungan tercermin dalam studi yang telah dilakukan oleh Perrow (1967). Lawrence dan Lorsch (1967) dan Gilbraith (1973) menemukan bahwa organisasi yang berkinerja tinggi adalah yang memiliki ciri-ciri: (1) Setiap unit organisasi dibedakan satu dengan lainnya, setiap unit diorganisir dan dikelola sedemikian rupa sesuai dengan tugas dan bagian lingkungannya (2) Disamping menggambarkan perbedaan nyata antar unit, setiap bagian organisasi merupakan kesatuan yang terorganisasi sesuai dengan kebutuhan untuk menampilkan total kinerja fungsi organisasi. (Ilyas, 2001)

b. Organisasi Pelayanan Kesehatan

Yang dimaksud dengan organisasi pelayanan kesehatan ini adalah rumah sakit umum, rumah sakit spesialis, klinik dan puskesmas. Organisasi sistem pelayanan kesehatan adalah sistem terbuka yang membutuhkan masukan dari lingkungannya (Depkes RI, 1995). Organisasi tersebut harus tanggap terhadap apa yang sedang terjadi diluar lingkungannya dan harus dapat memberikan respon yang akurat agar dapat bertahan. Dengan demikian, organisasi harus dapat mengantisipasi perubahan dan mengarahkannya bilamana hal tersebut dibutuhkan. Organisasi dipandang sebagai kesatuan untuk menampilkan kerja dan pemecahan masalah yang dihadapi. Dalam hal ini, organisasi pelayanan kesehatan akan selalu hadir dalam bentuk lembaga yang bertujuan untuk menghasilkan pemecahan masalah kesehatan di masyarakat.

Pada saat ini organisasi pelayanan kesehatan menghadapi dua tekanan secara simultan. Pertama, tekanan atau tuntutan masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang bermutu dengan harga terjangkau. Kedua, sulitnya mendapatkan sumber daya yang semakin terbatas untuk memberikan pelayanan kesehatan masyarakat yang bermutu. Tekanan-tekanan tersebut membuat pimpinan organisasi terpecah konsentrasinya kepada dua pilihan yang secara simultan harus dikerjakan. Hal ini tampak, pada periode tertentu organisasi mempunyai prestasi baik pada tugas tertentu dan penampilan buruk pada tugas lainnya. Pada kondisi seperti ini kualitas pemimpin organisasi kesehatan sangat menentukan tingkat kinerja organisasi pelayanan kesehatan itu sendiri.

Pada tahun-tahun belakangan ini, banyak peneliti bidang rancang organisasi mulai mempertanyakan adakah prinsip organisasi yang spesifik dan tehnik-tehnik yang dapat meningkatkan kinerja dari organisasi ? Pada tahun 1972, Morseley dan Grimes menemukan bahwa rumah sakit yang kinerjanya baik dan efesiensinya tinggi adalah rumah sakit yang diorganisasi berbeda dari rumah sakit berkinerja dan efesiensi rendah. Dalam kaitan dengan efektivitas pelayanan pasien, rumah sakit dengan kinerja baik berbeda dalam lima konsep manajemen yang spesifik yaitu (Ilyas,2001):

1. Kecenderungan yang kuat untuk memberikan tugas tertentu kepada unit tertentu (spesialisasi tugas)

2. Kecenderungan bahwa tugas tertentu dilaksanakan oleh personel tertentu (spesialisasi peran), sebagai penekanan bahwa tugas yang diberikan berdasarkan spesialisasi jabatan dan uraian tugas.
3. Memberikan perhatian yang lebih besar untuk kerja sama di antara berbagai fungsi rumah sakit (mekanisme kerja sama).
4. Penggunaan mekanisme formal seperti “ panitia tetap “ dan koordinator purna waktu untuk menjamin bahwa antara departemen-departemen dan unit-unit bekerja sama erat.
5. Penerapan dan penggunaan prosedur baku berkenaan dengan seleksi penempatan, dan evaluasi personel (Standarisasi aktivitas pegawai)

Sedangkan untuk efektivitas administrasi, ada delapan variabel penting yang berperan yaitu: (1) spesialisasi fungsi, (2) spesialisasi peran (3) komite gabungan, (4) standarisasi aktivitas personel, (5) penggunaan instrumen penilaian kinerja (6) formalisasi tingkat lanjut dalam preparasi dokumen yang bersifat tulisan seperti, laporan, prosedur dan kebijakan, (7) kurang kepercayaan pada komunikasi oral tentang prosedur dan kebijakan (*tradisionalisme*) dan (8) proporsi personel yang diklasifikasikan sebagai profesional yang cukup besar.

b.1. Pelayanan Kesehatan Masyarakat Di Indonesia

Pelayanan kesehatan guna meningkatkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya merupakan tanggungjawab pemerintah yang secara tugas dan kewenangannya dilakukan oleh Departemen Kesehatan. Pada

pelaksanaannya diserahkan pada dinas kesehatan terkait. Peranan pemerintah daerah harus mendukung kebijakan tersebut secara terpadu dan terencana dalam pembangunan daerah. Hal demikian dikuatkan oleh UU No 22 tahun 1999 tentang Daerah Otonomi, bahwa tanggungjawab kesehatan juga berada di pemerintah daerah baik tingkat Propinsi, Kabutaten / Kotamadya bahkan Kecamatan. Pasal 10 UU No. 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan, dinyatakan bahwa: “ Untuk mewujudkan derajat kesehatan yang optimal bagi masyarakat, disengggarakan upaya kesehatan dengan pendekatan pemeliharaan, peningkatan, pencegahan, penyembuhan dan pemulihan penyakit yang dilakukan secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan ”. Peranan ini menjadi nyata karena puskesmas dalam memberikan pelayanan berfokus pada preventif dan promotif tanpa meninggalkan aspek kuratif dan rehabilitatif. Pada awalnya peran promotif dan preventif menjadi tugas pokok dari puskesmas, akan tetapi melihat pasal 10 UU No. 23 tahun 1992 tentang Kesehatan diatas maka berimplikasi bahwa pemerintah melalui dinas kesehatan kabupaten/kota melakukan semua upaya tersebut kepada semua institusi kesehatan termasuk rumah sakit. (Soejitno, dkk2002). Pada era reformasi peranan puskesmas dan rumah sakit di tuntutan lebih melayani kebutuhan masyarakat . Disisi lain ada tuntutan pelayanan global, sehingga perkembangan rumah sakit dan puskesmas berperan sebagai unit pelayanan yang mengandalkan mutu dan jangkauan pelayanan artinya memenuhi kebutuhan *public* dan *private*. Untuk

menjawab tantangan tersebut maka kebijakan pemerintah berdasarkan PP No. 6 tahun 2000 rumah sakit berbadan hukum PERJAN (Perusahaan Jawatan). Melihat ketentuan dan tuntutan diatas, sekarang ini rumah sakit melakukan fungsi pelayanan primer dan rujukan / tersesier (Koeswadji, Soejitno dkk, 2002)

b.2 Pelayanan Antenatal Sebagai Bagian Pelayanan Primer

Pelayanan antenatal yaitu pelayanan yang diberikan kepada ibu hamil secara berkala untuk menjaga kesehatan ibu dan janinnya. Hal ini meliputi pemeriksaan kehamilan dan upaya koreksi terhadap penyimpangan yang ditemukan, pemberian intervensi dasar (misalnya pemberian imunisasi TT dan tablet Fe) serta mendidik dan memotivasi ibu agar dapat merawat dirinya selama hamil dan mempersiapkan persalinan. Dalam penerapan praktis sering dipakai standar minimal dengan menggunakan 5T yang terdiri atas: timbang berat badan dan tinggi badan, periksa tekanan darah, tinggi fundus uteri, berikan tetanus toksoid (TT) dua kali selama hamil, pemberian Fe minimal 90 tablet selama hamil (Depkes, 1994a)

Adapun penilaian keberhasilan program pelayanan ANC yang dilakukan oleh tenaga bidan di desa merupakan pelayanan kesehatan yang di berikan pada ibu hamil selama kehamilannya sesuai dengan standart medis. Beberapa indikator pelayanan ANC program KIA adalah sebagai berikut (Depkes RI, 1994b):

1) Kunjungan baru ibu hamil (K1)

Adalah kunjungan ibu hamil yang pertama kali pada masa kehamilan. Indikator ini digunakan untuk mengetahui jangkauan pelayanan ANC serta kemampuan program dalam menggerakkan masyarakat. Rumus yang digunakan adalah jumlah kunjungan baru (K1) ibu hamil dibagi jumlah sasaran ibu hamil dalam satu tahun dikalikan 100%.

2) Kunjungan K4

Frekuensi kunjungan Antenatal minimal 4 kali selama kehamilan (K4), dengan ketentuan sebagai berikut a) minimal 1 kali pada triwulan pertama, b) minimal 1 kali pada triwulan ke dua dan c) minimal 2 kali pada tri wulan ke tiga. Jumlah persentase K4 menunjukkan efektivitas program KIA.

3) Pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan

Cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan adalah persentase ibu bersalin di suatu wilayah dalam kurun waktu tertentu yang ditolong persalinannya oleh tenaga kesehatan.

4) Penjaringan deteksi dini kehamilan beresiko

Kegiatan ini bertujuan untuk menentukan ibu hamil beresiko, yang dapat dilakukan oleh kader, dukun bayi dan tenaga kesehatan.

5) Kunjungan neonatal (KN)

Untuk memberi pelayanan pada neonatal minimal 2 (dua) kali.

gigi. Rumah sakit A,B,C,D tersebut menjadi jenjang rujukan secara hirarki. Puskesmas sebagai ujung tombak kesehatan menggunakan rumah sakit tersebut sebagai sistem rujukan (Azwar,1996)

4. Pengorganisasian Pengembangan Sumber Daya Kesehatan

Setiap organisasi apapun bentuknya senantiasa akan berupaya dapat tercapainya tujuan organisasi yang bersangkutan dengan efektif dan efisien. Efisiensi maupun efektivitas organisasi sangat tergantung pada baik buruknya pengembangan sumber daya manusia sebagai anggota organisasi itu sendiri. Hal ini berarti bahwa sumber daya manusia yang ada di dalam organisasi tersebut harus dikembangkan . Agar tercapai tingkat kemampuan yang diinginkan untuk mencapai tujuan.

Pada dasarnya tujuan pengembangan sumber daya manusia secara berkesinambungan, dalam kurun waktu yang lama, mempunyai dampak terhadap peningkatan iklim organisasi yang *konduusif*. Terjadi proses perubahan di dalam organisasi secara berkala diharapkan mampu merespon tuntutan eksternal. Yang secara nyata hal ini menjadi tantangan organisasi untuk selalu mempersiapkan diri. Tujuannya adalah agar tercapai kelangsungan dan sekaligus terjadi peningkatan prestasi organisasi.

Menurut Adrew E. Sikula dalam bukunya "*Personal Administrasi and Human Resources Management*", menyebutkan ada 8 (delapan) jenis tujuan pengembangan sumber daya manusia yaitu; produktivitas personal dan

organisasi, kualitas produk organisasi, perencanaan sumber daya manusia, motivasi personal dan iklim organisasi, meningkatkan kompensasi secara tidak langsung, kesehatan mental dan fisik, preventif terhadap penurunan kemampuan personel dan pertumbuhan kemampuan personel secara individu. Dari delapan jenis pengembangan sumber daya manusia tersebut cukup relevan dijadikan tujuan dalam pengembangan sumber daya bidan di desa.

Prinsip pengembangan personal adalah merubah pengetahuan, ketrampilan dan sikap individu. Yang pada akhirnya akan mempengaruhi perilaku seseorang. Perubahan perilaku positif akan mempengaruhi kinerja (Gibson, 1996)

5. Pengertian dan Model Teori Kinerja

Kinerja merupakan kombinasi antara kemampuan dan usaha, untuk menghasilkan apa yang dikerjakan. Supaya menghasilkan kerja yang baik, seseorang harus memiliki kemampuan, kemauan usaha serta kegiatan yang dilaksanakan tidak mengalami hambatan yang berat dalam lingkungannya. Dengan demikian akan dapat dipenuhi kiat-kiat yang bermakna dalam menghasilkan kinerja yang baik. Kemauan dan usaha dapat menghasilkan motivasi, kemudian setelah ada motivasi dapat menimbulkan kegiatan (Berry dan Houston, 1993)

Sehingga kinerja merupakan hasil karya personal baik kuantitas maupun kualitas dalam suatu organisasi. Kinerja dapat merupakan penampilan

individu maupun kelompok kerja personel. Penampilan hasil karya tidak terbatas kepada personel yang memegang jabatan fungsional maupun struktural, tetapi juga kepada keseluruhan jajaran personal dalam organisasi.

Deskripsi dari kinerja menyangkut 3 komponen penting yaitu: tujuan, ukuran dan penilaian (Ilyas,2001). Penentuan tujuan dari setiap unit organisasi merupakan strategi untuk meningkatkan kinerja. Tujuan ini akan memberikan arah dan mempengaruhi bagaimana seharusnya perilaku kerja yang diharapkan organisasi terhadap personel. Walaupun demikian, penentu tujuan saja tidaklah cukup, sebab itu dibutuhkan ukuran apakah seseorang personel telah mencapai kinerja yang diharapkan. Untuk itu kuantitatif dan kualitatif standar kinerja untuk setiap tugas dan jabatan personal memegang peranan penting.

Aspek ketiga dari definisi kinerja adalah penilaian. Penilaian kinerja secara reguler yang dikaitkan dengan proses pencapaian tujuan kinerja setiap personel. Tindakan ini akan membuat personel untuk senantiasa berorientasi terhadap tujuan yang hendak dicapai. Dengan demikian jelaslah bahwa pengertian kinerja dengan deskripsi tujuan, ukuran operasional dan penilaian reguler mempunyai peran penting dalam memelihara dan meningkatkan motivasi personel.

Untuk mengetahui faktor yang mempengaruhi kinerja personel, dilakukan kajian terhadap teori kinerja. Secara teori ada tiga kelompok variabel yang mempengaruhi perilaku kerja dan kinerja yaitu: variabel individu, variabel organisasi dan variabel psikologis. Ketiga kelompok

variabel tersebut mempengaruhi perilaku kerja yang pada akhirnya berpengaruh terhadap kinerja personel. Perilaku yang berhubungan dengan kinerja adalah yang berkaitan dengan tugas-tugas pekerjaan yang harus diselesaikan untuk mencapai sasaran suatu jabatan atau tugas.

Pada umumnya terdapat dua faktor yang memengaruhi kinerja atau penampilan kerja yang secara langsung ataupun tidak langsung akan berpengaruh pada produktivitas kerja, kedua faktor tersebut adalah sumber dari dalam diri individual yang disebut dengan

Individual variables dan faktor yang bersumber dari luar yang disebut dengan Situasional variables (Lawlor & Peka, 1998)

Gibson at.al(1987) menyampaikan model teori kinerja dan melakukan analisis terhadap sejumlah variabel yang memengaruhi perilaku dan kinerja individu. Variabel yang mempengaruhi kinerja adalah individu, perilaku, psikologi dan organisasi.

Variabel individu dikelompokkan pada sub-variabel kemampuan dan ketrampilan, latar belakang dan demografis. Sub-variabel kemampuan dan ketrampilan merupakan faktor utama yang mempengaruhi perilaku dan kinerja individu. Variabel demografis menurut Gibson mempunyai efek tidak langsung pada perilaku dan kinerja individu.

Variabel psikologis terdiri dari sub-variabel persepsi, sikap, kepribadian, belajar dan motivasi. Variabel ini menurut Gibson, banyak dipengaruhi oleh keluarga, tingkat sosial pengalaman kerja sebelumnya dan variabel demografis. Variabel psikologis seperti persepsi, sikap, kepribadian dan

belajar merupakan hal yang kompleks dan sulit diukur. Gibson juga menyatakan sukar mencapai kesepakatan tentang pengertian dari variabel tersebut, karena seorang individu masuk dan bergabung dengan organisasi kerja pada usia, etnis, latar belakang budaya dan ketrampilan berbeda satu dengan lainnya.

Variabel organisasi, menurut Gibson berefek tidak langsung terhadap perilaku dan kinerja individu. Variabel organisasi digolongkan dalam sub-variabel sumber daya, kepemimpinan, imbalan, struktur dan desain pekerjaan. Adapun Kopelman (1986) dikutip Gomes (2000) mengemukakan sub-variabel imbalan akan berpengaruh untuk meningkatkan motivasi kerja yang pada akhirnya secara langsung akan meningkatkan kinerja individu.

Adapun uraian dari masing – masing sub variabel dari kerangka model kinerja Gibson adalah sebagai berikut:

1. Sub Variabel : Ketrampilan dan Kemampuan Fisik serta Mental

Pemahaman tentang ketrampilan dan kemampuan diartikan sebagai suatu tingkat pencapaian individu terhadap upaya untuk menyelesaikan pekerjaannya dengan baik dan efisien. Maka pemahaman dan ketrampilan dalam bekerja merupakan suatu totalitas diri pekerja baik secara fisik maupun mental dalam menghadapi pekerjaannya. Ketrampilan fisik didapatkan dari belajar dengan meningkatkan *skill* dalam bekerja. Ketrampilan ini dapat diperoleh dengan cara pendidikan formal, dalam bentuk pendidikan terlembaga maupun informal, dalam bentuk bimbingan

dalam bekerja. Media – media pengembangan ketrampilan ini dapat dilakukan dalam bentuk *tranning*. Sedangkan pemahaman mental diartikan sebagai kemampuan berfikir pekerja kearah bagaimana seseorang bekerja secara matang (*matur*) dalam menghadapi permasalahan pekerjaan yang ada. Tingkat pematangan mental pekerja sangat dipengaruhi nilai – nilai yang ada dalam diri individu. Nilai – nilai ini berkembang dalam diri individu didapatkan dari hasil proses belajar terhadap lingkungannya dan keluarga pada khususnya. Organisasi pekerja dapat mengembangkan nilai – nilai ini sebagai upaya untuk memperkokoh organisasi dalam mencapai tujuan yang diinginkan.

2. Sub Variabel Latar belakang; Keluarga, Tingkat Sosial dan Pengalaman

Performasi seseorang sangat dipengaruhi bagaimana dan apa yang di dapatkan dari lingkungan keluarga. Sebuah unit interaksi yang utama dalam mempengaruhi karakteristik individu adalah organisasi keluarga. Hal demikian karena keluarga berperan dan berfungsi sebagai pembentukan sistem nilai yang akan dianut oleh masing – masing anggota keluarga. Dalam hal tersebut keluarga mengajarkan bagaimana untuk mencapai hidup dan apa yang seharusnya kita lakukan untuk menghadapi hidup. Hasil proses interaksi yang lama dengan anggota keluarga menjadikan pengalaman dalam diri anggota keluarga. Pengalaman ini pada akhirnya memperkokoh “jati diri” atau personal karakter. Peran dan fungsi yang lain dari keluarga adalah sebagai pemenuhan ekonomi. Ini dilakukan untuk menjawab tugas keluarga

dalam memenuhi kelangsungan hidup. Faktor ekonomi sangat berpengaruh terhadap cara pandang seseorang dalam mensikapi hidup dan menjalani kehidupannya. Disisi lain faktor ekonomi memberikan status sosial yang berbeda dalam bermasyarakat. Cara pandang ini sangat mewarnai pola berfikir individu dalam mencapai hakekat hidupnya.

3. Sub Variabel Demografis: Umur, Jenis kelamin dan Etnis

Hasil kemapanan dan ketrampilan seseorang sering kali dihubungkan dengan umur. Sehingga semakin lama umur seseorang maka pemahaman terhadap masalah akan lebih dewasa dalam bertindak. Hal lain, umur juga berpengaruh terhadap produktivitas dalam bekerja. Tingkat pematangan seseorang yang di dapat dari bekerja sering kali berhubungan dengan penambahan umur. Disisi lain pertambahan umur seseorang akan mempengaruhi kondisi fisik seseorang.

Etnis diartikan sebagai sebuah kelompok masyarakat yang mempunyai ciri – ciri dan karakter yang khusus. Biasanya kelompok ini mempunyai sebuah peradaban tersendiri sebagai bagian dari cara berinteraksi dengan bermasyarakatnya. Masyarakat sebagai bagian dari pembentukan nilai dan karakter individu. Maka pada budaya tertentu mempunyai sebuah peradaban yang nantinya akan mempengaruhi dan membentuk sistem nilai seseorang.

Pengaruh jenis kelamin dalam bekerja sangat dipengaruhi oleh jenis pekerjaan yang akan dikerjakan. Pada pekerjaan yang bersifat khusus misalnya mencangkul dan mengecor tembok maka jenis kelamin sangat

berpengaruh terhadap keberhasilan kerja. Akan tetapi pada pekerjaan yang pada umumnya dapat dikerjakan semua orang maka jenis kelamin tidak memberikan pengaruh terhadap hasil kerja. Ada pekerjaan yang secara umum lebih baik dikerjakan oleh laki – laki akan tetapi pemberian ketrampilan yang cukup memadai pada wanita pun mendapatkan hasil pekerjaan yang cukup memuaskan. Misalnya menjadi seorang wamil, polisi dan sopir bus . Ada sisi lain yang positif dalam karakter wanita yaitu ketaatan dan kepatuhan dalam bekerja. Hal ini akan mempengaruhi kinerja secara personal.

4. Sub Variabel Persepsi

Persepsi didefinisikan sebagai suatu proses dimana individu mengorganisasikan dan menginterpretasikan impresi sensorinya supaya dapat memberikan arti kepada lingkungan sekitarnya. Meskipun persepsi sangat dipengaruhi oleh pengobjekan indra maka dalam proses ini dapat terjadi penyaringan kognitif atau terjadi modifikasi data. Jika seseorang melihat sebuah target dan mencoba untuk memberikan sebuah interpretasi apa yang di lihat, interpretasi tersebut sangat dipengaruhi oleh karakteristik pribadinya (masing – masing pelaku persepsi). Misalnya pengalaman masa lalu, interes dan sikap. Sehingga persepsi diri dalam bekerja mempengaruhi sejauhmana pekerjaan tersebut memberikan tingkat kepuasan dalam dirinya.

5. Sub Variabel Sikap dan Kepribadian

Merupakan sebuah itikad dalam diri seseorang untuk tidak melakukan atau melakukan pekerjaan tersebut sebagai bagian dari aktivitas yang menyenangkan. Sikap yang baik adalah sikap dimana dia mau mengerjakan pekerjaan tersebut tanpa terbebani oleh suatu hal yang menjadi konflik internal. *Ambivalensi* sering kali muncul ketika konflik internal psikologis ini muncul. Saya mengerjakan karena itu tugas akan tetapi saya tidak suka atau ada keinginan untuk membiarkan pekerjaan tersebut. Sikap ini muncul bisa dalam bekerja. Hal demikian akibat tidak kondusifnya iklim kerja, sistem reward tidak jalan bahkan ada perusahaan yang memandang pekerja adalah mesin. Perilaku bekerja seseorang sangat dipengaruhi oleh sikap dalam bekerja. Sedangkan sikap seseorang dalam memberikan respon terhadap masalah dipengaruhi oleh kepribadian seseorang. Kepribadian ini dibentuk sejak lahir dan berkembang sampai dewasa. Kepribadian seseorang sulit dirubah karena elemen kepribadian (id, ego , super ego) dibangun dari hasil bagaimana dia belajar saat di kandungan sampai dewasa. Dalam hubungannya dengan bekerja dan bagaimana seorang berpenampilan diri terhadap lingkungan, maka seseorang berperilaku. Perilaku ini dapat dirubah dengan meningkatkan pengetahuan dan memahami sikap yang positif dalam bekerja (*Assertifness*).

6. Sub Variabel Belajar

Belajar dibutuhkan seseorang untuk mencapai tingkat kematangan diri. Kemampuan diri untuk mengembangkan kreatifitas dalam bekerja sangat dipengaruhi oleh usaha belajar. Maka belajar merupakan sebuah upaya ingin mengetahui dan bagaimana harus berbuat terhadap apa – apa yang akan dikerjakan. Proses belajar dapat dilakukan oleh pekerja pada saat mengerjakan pekerjaannya.

7. Sub variabel Struktur dan Desain pekerjaan

Merupakan daftar uraian pekerjaan mengenai kewajiban – kewajiban pekerja dan mencakup kualifikasi artinya merinci pendidikan dan pengalaman minimal yang diperlukan bagi seseorang pekerja untuk melaksanakan kewajiban dari kedudukannya secara memuaskan. Desain pekerjaan yang baik akan mempengaruhi pencapaian kerja seseorang.

Pada sub variabel sumberdaya, kepemimpinan dan imbalan yang mempengaruhi kinerja seseorang Gibson menjelaskan sesuai dengan teori yang telah ada..

6. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kinerja

Kopelmen (1986) mengemukakan ada beberapa karakteristik yang menentukan produktivitas organisasi dan karakteristik pekerjaan. Karakteristik pekerjaan dan organisasi akan memengaruhi karakteristik individu seperti imbalan, penetapan tujuan akan memengaruhi motivasi

kerja, sedangkan prosedur tenaga dan latihan serta program pengembangan akan memengaruhi pengetahuan, ketrampilan dan kemampuan individu. Begitu juga kepemimpinan dan struktur organisasi akan mempengaruhi efektivitas organisasi. Karakteristik pekerjaan akan mempengaruhi motivasi kerja yang selanjutnya akan memengaruhi penampilan kerja. Dari kondisi ini terlihat bahwa kemampuan individu serta motivasi mempunyai peranan penting terhadap penampilan kerja seseorang.

Selanjutnya Stoner mengemukakan bahwa penampilan kerja individu disamping dipengaruhi oleh motivasi dan kemampuan kerja individu, dipengaruhi juga oleh persepsi peran yaitu pemahaman individu tentang perilaku yang diperlukan untuk mencapai penampilan kerja tinggi.

Menurut Dunham (1984) dikutip oleh Gomes (2000), kinerja seseorang karyawan dipengaruhi dukungan organisasi, kemampuan dan ketrampilan individu, pengalaman dan kesungguhan pegawai yang bersangkutan dalam melaksanakan tugasnya.

Menurut Lawlor & Peka, (1998), faktor-faktor yang memengaruhi kinerja yang bersumber dari dalam individu antara lain adalah :

1. Umur

Secara fisiologis pertumbuhan dan perkembangan seseorang dapat digambarkan dengan pertambahan umur. Peningkatan umur diharapkan terjadi pertambahan kemampuan motorik sesuai dengan tumbuh kembangnya. Akan tetapi pertumbuhan dan perkembangan seseorang pada

titik tertentu akan terjadi kemunduran akibat faktor degeneratif. Jelas bahwa umur seseorang demikian besarnya peranannya dalam memengaruhi kinerja. Umur menyangkut perubahan-perubahan yang dirasakan individu sehubungan dengan pengalaman maupun penambahan kondisi fisik dan mental seseorang. Performasi pada umumnya bila kita hubungkan dengan kondisi fisik dilihat dari kemampuan menilai dan hasil karya seseorang. Sehingga memadukan antara pemikiran, mental dan kekuatan tubuh. Pada orang tua mempunyai pengalaman yang cukup dalam pekerjaannya, akan tetapi mempunyai tenaga yang relatif berkurang. Sebaliknya pada umur muda rasa tanggungjawabnya lebih rendah. Secara psikologis orang muda lebih ingin membuat perubahan artinya banyak tidak puas akan keadaan yang ada. Pada penelitian yang dilakukan Universitas Illionis, bahwa pekerja umur muda lebih banyak mangkir dan terlambat masuk kerja daripada pekerja usia lanjut. Pada sisi lain, orang tua tingkat kepuasan terhadap kerja lebih tinggi dari pada anak muda. Hubungan antara umur dan kepuasan kerja menunjukkan hubungan positif. Muchlas (1997) mengatakan bahwa seseorang yang puas dengan pekerjaannya akan lebih produktif dari pada karyawan yang tidak puas.

Yang menjadikan pertanyaan adalah bahwa bagaimana pekerja dengan usia muda menjadi puas terhadap pekerjaannya sehingga pada akhirnya menjadi produktif, disisi lain orang dengan lanjut usia tenaganya semakin menurun sehingga akan mempengaruhi produktivitas kerja walaupun penuh dengan pengalaman dan mampu berhadaptasi dengan lingkungan kerja.

Fenomena ini disadari bahwa pertumbuhan usia sangat berpengaruh terhadap kinerja seseorang.

2. Jenis Kelamin

Pandangan terhadap situasi dan kondisi kerja antara pria dan wanita relatif menggambarkan perbedaan. Hal ini disebabkan karena pada pekerjaan tertentu peranan wanita lebih efektif dan produktif dibandingkan dengan pria. Pekerja pengecor gedung jelas sangat produktif pada pria. Lain halnya pelayanan kebidanan, maka dituntut seseorang dapat melayani ibu dan bayi dengan penuh empati dan mother surrogate. Sehingga peranan ini lebih cocok pada posisi wanita.

Akan tetapi pada pekerjaan – pekerjaan yang tidak mempunyai perbedaan secara khusus, maka sering kali tidak menunjukkan perbedaan jenis kelamin dengan produktivitas kerja. Muchlas (1997) mengatakan , dalam berbagai penelitian dapat dikatakan bahwa secara umum jenis kelamin tidak menunjukkan adanya perbedaan yang signifikan dalam produktivitas kerja maupun kepuasan kerja.

3. Pengalaman (Masa Kerja)

Produktivitas kerja seseorang biasanya di hubungkan dengan tingkat kemampuan seseorang menguasai pekerjaannya. Penguasaan pekerjaan ini membutuhkan waktu dan kesempatan dalam belajar. Seseorang berkerja selain mengerjakan tugas dan fungsinya akan tetapi ada proses memahami

dan menganalisa pekerjaannya. Proses ini sering kali kita sebut dengan belajar sambil bekerja. Sehingga semakin sering melakukan pekerjaan yang sama akan meningkat pemahaman dan penilaian seseorang terhadap pekerjaan tersebut. Masa kerja sendiri biasanya dikaitkan dengan waktu mulai bekerja, dimana pengalaman masa kerja juga ikut menentukan kinerja seseorang. Semakin lama masa kerja maka kecakapan mereka akan lebih baik karena sudah menyesuaikan diri dengan pekerjaannya. Seseorang akan mencapai tingkat kepuasan tertentu mana kala mampu menyesuaikan dengan lingkungan dalam hal ini termasuk pekerjaannya. (*Robbin, 2001*)

4. Motivasi.

Menurut teori Attribusi atau Expetancy Teory, penampilan kerja di rumuskan sebagai berikut : $P = M \times A$ (dimana P: *Performance*, M: Motivasi, dan A: *Ability*), sehingga performance adalah hasil interaksi antara motivasi dan ability (kemampuan). Seseorang yang tinggi motivasinya tetapi mempunyai kemampuan rendah maka akan menghasilkan performance yang rendah begitu pula halnya dengan orang yang sebenarnya mempunyai *ability* tinggi tetapi motivasinya rendah maka *performace* yang dihasilkan juga rendah (*As'ad, 1987*). Hal demikian menjelaskan bahwa motivasi sangat berpengaruh terhadap kinerja seseorang.

Menurut Muchlas (1997) dan Robbins (1996) terdapat tiga kunci utama tentang tentang motivasi dalam perilaku organisasi, yaitu kemauan untuk

berusaha, pencapaian tujuan organisasi dan pemenuhan kebutuhan pribadi individu dalam organisasi.

Menurut Herzberg (1959, dalam Robbin 1966) ada 2 faktor yang mempengaruhi motivasi yaitu: a). Faktor intrinsik (motivasi), yaitu faktor-faktor yang mendorong karyawan berprestasi yang berasal dari dalam diri seseorang. Faktor intrinsik diantaranya: prestasi, pekerjaan kreatif yang menantang, tanggung jawab dan peningkatan. B). Faktor ekstrinsik (hygiene), yaitu: faktor -faktor yang berasal dari luar yang di pandang meningkatkan prestasi seseorang karyawan. Faktor- faktor tersebut di antaranya: kebijakan dan administrasi, kualitas pengendali, kondisi kerja, hubungan kerja, status kerja, keamanan kerja, kehidupan pribadi serta penggajian.

Menurut Sumijo W (1987) ada beberapa hal yang perlu diperhatikan oleh pimpinan didalam memotivasi bawahan. Hal ini sangat penting sebab motivasi dikatakan berhasil apabila pimpinan dalam rangka mengamati, memahami, mencari sebab- sebab, memperhitungkan, mengawasi, mengubah dan mengarahkan perilaku setiap bawahan, benar- benar menghasilkan perilaku setiap bawahan sesuai dengan norma keinginan dan tujuan organisasi

David C. McClelland (1987) berpendapat bahwa “ada hubungan yang positif antara motif berprestasi dengan pencapaian kinerja. Selanjutnya McClelland mengemukakan 6 karakteristik dari pegawai yang memiliki motif berprestasi tinggi, yaitu: memiliki tanggung jawab pribadi yang tinggi,

berani mengambil resiko, memiliki tujuan yang realitas, memiliki rencana kerja yang menyeluruh dan berjuang untuk merealisasi tujuannya, memanfaatkan umpan balik dan mencari kesempatan untuk merealisasikan rencana yang telah diprogramkan. Berdasarkan pendapat tersebut, pegawai akan mampu mencapai kinerja maksimal jika ia memiliki motif berprestasi tinggi.

Menurut Moskowitz yang dikutip oleh Riyadi (1993), motivasi mempunyai arti mendasar sebagai inisiatif menggerakkan perilaku seseorang kearah optimal. Motivasi bukanlah satu-satunya yang mempengaruhi tingkat prestasi seseorang. Ada dua faktor lain yang terlibat yaitu kemampuan perseorangan dalam pemahamannya tentang perilaku apa yang diperlukan untuk mencapai prestasi. Faktor ini disebut persepsi peran (*role perception*).

Sedangkan faktor – faktor yang bersumber dari luar individu menurut Lawlor & Peka, (1998) antara lain :

1. Kepemimpinan

Menurut Thoha (1993) kepemimpinan dapat diartikan sebagai proses mengarahkan dan mempengaruhi aktivitas-aktivitas tugas dari orang – orang dalam kelompok . Kepemimpinan berarti melibatkan orang lain, yaitu bawahan atau karyawan yang akan dipimpin. Kepemimpinan juga melibatkan pembagian kekuasaan, delegasi atau wewenang (Hanafi, 1997). Menurut Dunham (1984) kepemimpinan adalah proses untuk melakukan koordinasi pada anggota kelompok serta memiliki karakteristik untuk dapat

meningkatkan kesuksesan dan pengembangan dalam mencapai tujuan organisasi.

Terry menyebutkan bahwa kepemimpinan adalah keseluruhan kegiatan untuk mempengaruhi kemauan orang lain untuk mencapai tujuan bersama. Siagian (2000) menyebutkan bahwa kepemimpinan merupakan inti manajemen, karena kepemimpinan adalah motor penggerak bagi sumber daya manusia dan sumber daya alam lainnya. Pemeliharaan dan pengembangan sumber daya manusia merupakan keharusan mutlak. Kurang pemeliharaan dan perhatian pada tenaga bisa menyebabkan semangat kerja rendah, cepat lelah dan bosan serta lamban menyelesaikan tugas, sehingga menurunkan prestasi kerja tenaga yang bersangkutan. Prestasi kerja yang menurun akan mempengaruhi produktivitas kerja (*Siagian ,2000*). Pemimpin merupakan faktor penentu dalam sukses atau gagalnya suatu organisasi, baik dalam dunia bisnis, pendidikan dan kesehatan.

Penelitian di Ohio State University, melihat efektivitas kepemimpinan melalui dua variabel yang disebut sebagai : 1) stuktur inisiatif, dan 2) perhatian . Penelitian ini menemukan bahwa kepemimpinan yang mempunyai perhatian tinggi, yang berarti memperhatikan karyawan, menghasilkan tingkat kepuasan karyawan yang tinggi dan tingkat serta perpindahan kerja yang rendah. Sebaliknya, kepemimpinan yang mempunyai perhatian rendah, menghasilkan keluhan dan tingkat perpindahan kerja yang tinggi. (Hanafi, 1997). Sedangkan Handoko (1995) membedakan gaya kepemimpinan menjadi 2 gaya kepemimpinan, yaitu gaya kepemimpinan

dengan orientasi tugas adalah pemimpin yang berorientasi mengarahkan dan mengawasi bawahan secara tertutup untuk menjamin bahwa tugas dilaksanakan sesuai dengan keinginan serta lebih memperhatikan pelaksanaan pekerjaan daripada pengembangan dan pertumbuhan karyawan. Gaya kepemimpinan yang kedua adalah gaya kepemimpinan orientasi karyawan, yaitu pemimpin yang berorientasi pada usaha lebih memberikan motivasi serta mendorong para anggota untuk berpartisipasi dalam pembuatan keputusan, menciptakan suasana persahabatan serta hubungan saling percaya dan menghormati para anggota kelompok.

2. Pelatihan

Pelatihan /training dimaksudkan untuk memperbaiki penguasaan berbagai ketrampilan dan teknis pelaksanaan kerja tertentu (Simamora,1987). Jenis pelatihan atau training yang pernah diikuti seseorang yang berhubungan dengan bidang kerjanya akan dapat mempengaruhi ketrampilan dan mental serta akan meningkatkan kepercayaannya pada kemampuan diri. Hal ini tentu akan berpengaruh positif terhadap kinerja dari karyawan yang bersangkutan. Pada pegawai harus didik secara sistematis jika mereka akan melaksanakan pekerjaannya dengan baik.

Menurut Agus (1991) bahwa proses seleksi sumber daya seyogyanya dilakukan secermat mungkin untuk mendapatkan sumber daya yang memadai, akan tetapi proses pelatihan menjadi hal tersendiri- pencapaian ketrampilan dan pemahaman tertentu - untuk mencapai tujuan standar kerja

karyawan. Bidan PTT di desa selama menjalankan tugasnya (semasa kontrak) hanya diberikan pra-pelatihan kerja. Jadi kemampuan dan ketrampilan bidan PTT di desa melalui pelatihan belum dilaksanakan atau diprogramkan.

3. Sumber Daya atau Alat Kerja

Pekerjaan seseorang dalam menjalankan tugasnya tingkat kualitas hasilnya sangat ditentukan sarana dan prasana. Menurut Ravianto (1990) alat kerja yang canggih disertai pedoman dan pelatihan penggunaannya secara lengkap dan sempurna akan banyak berpengaruh terhadap produktivitas kerja dan kualitas kerja yang baik. Stoner (1995) menyatakan bahwa disamping motivasi, hal yang juga tidak kalah pentingnya adalah kinerja seseorang adalah kemampuan, sumberdaya dan kondisi kerja dimana seseorang berkerja. Kondisi kerja yang dapat menerima karyawan akan membantu penurunan beban psikologis, sehingga dapat meningkatkan produktivitasnya.(Robbin,2001) Rata – rata bidan di desa dilengkapi dengan peralatan standar, misalnya fasilitas gedung pelayanan dan bidan kit.

4. Imbalan /insentif

Imbalan yang diterima karyawan baik berupa honorarium maupun dalam bentuk fasilitas yang lain, akan berhubungan langsung dengan kebutuhan-kebutuhan pokok karyawan, seperti kebutuhan ekonomi untuk masa sekarang maupun untuk masa yang akan datang. Kebutuhan pokok yang

relatif cukup terpenuhi akan menyebabkan karyawan lebih dapat berkonsentrasi terhadap pekerjaannya. Kopelman (1986) di kutip oleh Gomes (2000), mengemukakan sub-variabel imbalan akan berpengaruh untuk meningkatkan motivasi kerja yang pada akhirnya secara langsung akan meningkatkan kinerja individu.

Menurut Martoyo (2000) beberapa sifat dasar dalam sistem pengupahan insentif ini perlu mendapatkan perhatian, antara lain sebagai berikut:

1. Pembayarannya agar diupayakan cukup sederhana, sehingga mudah dimengerti dan dihitung oleh karyawan yang bersangkutan sendiri.
2. Upah insentif yang diterima benar-benar dapat menaikkan motivasi kerja mereka, sehingga “output” dan efisiensi kerjanya juga meningkat.
3. Pelaksanaan pengupahan insentif hendaknya cukup cepat sehingga karyawan yang berprestasi lebih tersebut cukup cepat pula merasakan nikmatnya orang berprestasi tersebut.
4. Penentuan standar kerja ataupun standar produksi hendaknya secermat mungkin, dalam arti tidak terlalu tinggi, sehingga tidak terjangkau oleh umumnya karyawan, atau tidak terlalu rendah, sehingga tidak terlalu mudah dicapai karyawan.
5. Besarnya upah normal dengan standar kerja per jam hendaknya cukup merangsang pekerja atau karyawan untuk bekerja lebih giat.

Menurut penelitian para ahli, penentuan insentif tersebut berlaku pula bagi tenaga pimpinan, yang besarnya berkisar antara 50 sampai 60% dari gaji bulanan (Martoyo,2000)

5. Beban Kerja

Beban kerja berpengaruh terhadap kinerja seseorang dalam melakukan pekerjaannya. Pekerja yang mempunyai beban kerja berlebih akan menurunkan kualitas hasil kerja dan memungkinkan adanya inefisiensi waktu. Para manajer harus memperhatikan tingkat optimal beban kerja karyawan. Beban kerja tidak hanya dipandang sebagai beban fisik akan tetapi sebagai beban mental. Tolok ukur yang ada adalah seorang pekerja tidak diperbolehkan bekerja lebih dari tujuh jam sehari atau empat puluh jam perminggu.

Selain beberapa faktor dari luar individu tersebut diatas, oleh Gibson (1996) yang tertuang dalam model teori kinerja, supervisi berpengaruh terhadap kinerja seseorang. Di negara berkembang seperti halnya Indonesia , supervisi masih sangat dibutuhkan. Dan terbukti mempunyai pengaruh terhadap kinerja seseorang (Illyas , 2000). Penelitian Illyas (1998) tentang "*Analisa Determinan Kinerja Dokter PTT*", ditemukan ada hubungan yang bermakna antara supervisi atasan dengan kinerja dokter PTT

7. Penilaian Kinerja

Penilaian kinerja adalah usaha untuk membantu merencanakan dan mengontrol proses pengelolaan pekerjaan sehingga dapat dilaksanakan sesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan organisasi (Stewart, 1993). Menurut Cushway (1996) penilaian prestasi kerja adalah menilai bagaimana seseorang telah bekerja dibandingkan dengan target yang telah ditetapkan. Penilaian prestasi kerja adalah proses mengevaluasi atau menilai prestasi kerja karyawan diwaktu yang lalu atau untuk memprediksi prestasi kerja diwaktu yang akan datang dalam sebuah organisasi (Handoko, 1995)

Sedangkan penilaian performasi adalah suatu cara mengukur kontribusi-kontribusi dari individu – individu anggota organisasi (Gomes,2000). Sehingga penilaian performasi ini diperlukan untuk menentukan tingkat kontribusi individu, atau performasi. Menurut Hall (1986) dalam Illyas (2001), penilaian kinerja merupakan proses yang berkelanjutan untuk menilai kualitas kerja personal dan usaha untuk memperbaiki kerja personal dalam organisasi.

Dengan demikian menurut Illyas, penilaian kinerja dapat didefinisikan sebagai proses formal yang dilakukan untuk mengevaluasi tingkat pelaksanaan pekerjaan (*Performance appraisal*) seorang personel dan memberikan umpan balik untuk kesesuaian tingkat kinerja. Hal ini sering pula disebut dengan kegiatan klkies balik unjuk kerja (*Performance review*) atau penilaian personal (*employee appraisal*) atau evaluasi personal (*employee evaluation*).

Penilaian terhadap suatu kinerja dapat berdasarkan faktor atau kriteria diantaranya adalah menurut Schuler dikutip oleh Rosyid (1999), sebagai berikut:

1. Kriteria berdasarkan sifat

Kriteria ini menfokuskan kepada pribadi seseorang karyawan terhadap aspek loyalitas, kemampuan berkomunikasi dan ketrampilan memimpin. Kriteria ini berdasarkan kepada bagaimana seseorang, bukan apa yang dicapai atau tidak dicapai seseorang dalam pekerjaannya.

2. Kriteria berdasarkan perilaku

Kriteria ini menfokuskan kepada bagaimana pekerjaan dilakukan. Kriteria ini sangat penting bagi pekerjaan yang membutuhkan hubungan antar personal. Dengan perilaku yang teridentifikasi secara jelas seseorang karyawan lebih dimungkinkan memperlihatkan perbuatan yang membawanya ke puncak kinerja. Karena perilaku itu mempunyai hubungan spesifik dengan apa yang dilakukan karyawan dalam pekerjaan, kriteria perilaku secara hukum cenderung dapat dipertahankan.

3. Kriteria berdasarkan hasil

Kriteria ini menfokuskan kepada apa yang telah dicapai atau dihasilkan dari pada bagaimana sesuatu dicapai atau dihasilkan. Dengan menekankan kepada produktivitas dan daya saing, kriteria ini semakin

populer. Kriteria ini sangat penting untuk menilai kinerja seseorang dalam organisasi. Tanpa melihat kriteria mana yang digunakan atau diukur dalam proses penilaian, sistem manajemen kinerja menjadi strategis sejauh kriteria ini dihubungkan secara jelas dengan sasaran organisasi. Dengan semua persoalan penilaian kinerja harus ditujukan kepada sistem yang menghubungkan bayaran dengan kinerja, agar efektif. Jika sistem pengukuran kinerja berdasarkan satu komponen kinerja dan insentif diberikan bagi komponen yang berbeda, maka karyawan akan bingung dan manajernya bertanya mengapa insentif tidak berhasil.

Bernadin & Russel, (1998) menjelaskan ada 6 kriteria penilaian kinerja sumber daya manusia yaitu :

1. Kualitas (*Quality*)

Tingkatan dimana proses/hasil diperoleh dengan sempurna, tampilan kerja secara ideal dan sesuai dengan tujuan yang ditetapkan (rapi, tertib, akurat, terorganisasi dengan baik)

2. Kuantitas (*Quantity*)

Jumlah yang dihasilkan, jumlah unit, siklus dan kegiatan yang lengkap (dibandingkan dengan standar).

3. Ketepatan waktu (*Timeliness*)

Tingkatan dimana antara kegiatan dengan hasil yang diproduksi tepat waktu atau lebih awal khususnya antara koordinasi dengan keluaran yang lain, sebisa mungkin memaksimalkan waktu untuk kegiatan lain.

4. Efektifitas Biaya (*Cost effectiveness*)

Tingkatan dimana penggunaan sumber – sumber daya yang ada diorganisasi dapat dioptimalkan seperti SDM, uang, teknologi dan material.

5. Kebutuhan supervisi (*Need for supervision*)

Tingkatan dimana kinerja dapat membawa suatu fungsi kerja tanpa mengulang kembali seperti dengan bantuan supervisi atau membutuhkan intervensi untuk mencegah atau keluaran yang merugikan (supervisi dapat memberikan manfaat bagi bawahan, mereview perkembangan pekerjaan pada jadwal kerja, mereview kebijakan administrasi, efektivitas prosedur kerja, keterbukaan dengan bawahan).

6. Dampak hubungan interpersonal (*Interpersonal impact*)

Tingkat dimana kinerja mampu meningkatkan perasaan, penghargaan diri, keinginan yang baik atau cita-cita dan kerjasama antara pekerja dengan pekerja dan bagiannya (kinerja mempunyai dampak terhadap hubungan interpersonal baik dengan pegawai maupun pimpinan)

7.1. Tujuan Penilaian Kinerja

Penilaian kinerja pada dasarnya mempunyai 3 (tiga) tujuan pokok yaitu (Ilyas, 2001) :

- a. Untuk Perbaikan (*Remedial*) atau untuk *mereward* performansi sebelumnya. Merupakan tujuan mendasar dalam rangka penilaian

personal secara individual, yang dapat digunakan sebagai informasi untuk penilaian efektifitas manajemen sumber daya manusia.

- b. Untuk pemeliharaan (*Maintenance*), menyangkut dorongan orang yang dinilai supaya melanjutkan hal – hal yang dikerjakan dengan baik.
- c. Untuk mengembangkan (*Development*), sebagai informasi untuk pengambilan keputusan guna pengembangan personel seperti promosi, mutasi, rotasi, terminasi dan penyesuaian kompensasi.

Sedangkan menurut Gomes (2001) tujuan penilaian performansi, secara umum , dapat dibedakan atas dua macam, yakni: 1) untuk reward performansi sebelum (*to reward past performance*), dan 2) untuk memotivasi perbaikan performansi pada waktu yang akan datang (*to motivate future performance improvement*).

7.2 Metode Penilaian Kinerja

Mengenai metode penilaian yang digunakan dalam penilaian kinerja tidak ada kesepakatan antara ahli yang satu dengan yang lain namun demikian pada dasarnya penilaian ini dapat dibedakan atas beberapa metode, yaitu : (Ilyas, 2001)

1. Penilaian tehnik essai (deskripsi kelebihan dan kekurangan seorang personel yang meliputi prestasi, kerjasama dan pengetahuan personel tentang pekerjaannya).
2. Penilaian komparasi (membandingkan hasil pekerjaan seorang personel dengan personel lainnya yang melakukan pekerjaan sejenis).

3. Penilaian daftar periksa (*checklist*) berisi komponen – komponen yang dikerjakan seorang yang dapat diberi bobot “ ya “ dan “ tidak “ atau “ sesuai “ dan “ tidak/belum sesuai”. Atau dengan bobot persentase penyelesaian pekerjaan yang bersangkutan).
4. Penilaian langsung kelapangan (melihat langsung pelaksanaan pekerjaan kelapangan).
5. Penilaian didasarkan perilaku (didasarkan pada uraian pekerjaan yang sudah disusun sebelumnya).
6. Penilaian didasarkan insiden kritis (dilaksanakan oleh atasan melalui pencatatan atau perekaman peristiwa- peristiwa yang berkaitan dengan perilaku personel yang dinilai dalam melaksanakan pekerjaan).
7. Penilaian didasarkan efektivitas (menggunakan sasaran perusahaan sebagai indikasi PK, biasanya perusahaan besar yang memperkejakan banyak personel dan menggunakan sistem pengelolaan perusahaan berdasarkan sasaran / MBS = manajemen berdasarkan sasaran).
8. Penilaian berdasarkan peringkat (berdasarkan pembawaan/ *trait based evaluation* yang ditampilkan oleh personel).

7.3. Penilaian Sendiri (*Self Assessment*)

Ada 2 teori yang menyarankan peran sentral dari penilaian sendiri dalam memahami perilaku individu. Teori tersebut adalah teori kontrol dan interaksi simbolik. Teori kontrol dijelaskan oleh Carver dan Scheier (1981) dan diterapkan dalam lingkungan organisasi oleh

Campion dan Lord (1982), dan Brief dan Hollenbeck (1985). Menurut teori kontrol, individu harus menyelesaikan tiga tugas untuk mencapai tujuan mereka, yaitu harus : (1) menetapkan standar untuk perilaku mereka, (2) mendeteksi perbedaan antara perilaku mereka dan standarnya (umpan balik), (3) perilaku yang sesuai dan layak untuk mengurangi perbedaan ini. Dengan pengenalan terhadap kesalahan yang dilakukan, mereka mempunyai kesempatan untuk melakukan perbaikan untuk selanjutnya mereka kembali melaksanakan tugas untuk mencapai tujuan mereka (Ilyas, 2001). Menurut Edward dan Klockars, 1981 yang dikutip Ilyas, (2001), teori simbolik yaitu kita mengembangkan konsep sendiri dan membuat penilaian sendiri berdasarkan kepercayaan kita tentang bagaimana orang lain memahami dan mengevaluasi kita. Teori ini menegaskan pentingnya memahami pendapat orang lain disekitar mereka terhadap perilaku mereka. Penilaian sendiri adalah pendekatan yang paling umum digunakan untuk mengukur dan memahami perbedaan individu. Other- ratings dapat diberikan oleh atasan / pimpinan, bawahan, mitra kerja, atau konsumen dari individu itu sendiri. Penilaian sendiri (*Self Assessment*) biasanya digunakan pada bidang manajemen SDM seperti : penilaian kebutuhan pelatihan, analisa peringkat jabatan, perilaku kepemimpinan, penilaian kinerja dll. (Ilyas, 2001). Penilaian sendiri ditentukan oleh sejumlah faktor kepribadian, pengalaman dan pengetahuan serta sosio demografis seperti suku dan pendidikan. Tingkat

kematangan dalam menilai hasil karya sendiri menjadi hal yang patut dipertimbangkan.

7.3.1. Kekuatan / keuntungan Metode Penilaian Sendiri

Adapun keuntungan dari metode penilaian sendiri adalah ;

1. Dapat digunakan dengan baik bila ditujukan untuk pengembangan dan umpan balik kinerja personel dan masukan untuk penyelesaian masalah ketrenangan
2. Dapat digunakan untuk penilaian kinerja personel dalam jumlah besar, lokasi kerja terpencar dan sulit dijangkau.
3. Dapat digunakan untuk mendapatkan informasi kinerja professional sebagai bahan pertimbangan untuk pengembangan personel dimasa depan.
4. Dapat digunakan untuk pemetaan kinerja professional kesehatan pada tingkat propinsi dan nasional.
5. Dapat digunakan untuk penilaian kinerja professional dengan biaya murah dan cepat.

7.3.2 Kelemahan Penilaian Sendiri

Adapun berapa kelemahan penilaian sendiri adalah ;

- a. Kesalahan konstan adalah kecenderungan memberikan skor tinggi (*inflated*), sehingga memberikan kesan bahwa kinerja mereka tinggi dibandingkan sebenarnya. Kesalahan ini dapat terjadi kearah yang

berlawanan, dimana penilai cenderung menilai lebih rendah dari kinerja mereka, tapi kasus ini jarang terjadi.

- b. Kesalahan rentang retraksi yaitu kecenderungan penilai untuk memberikan skor pada nilai tengah yang tidak mencerminkan kinerja secara akurat. Kesalahan ini disebut dengan *error of central tendency* yang berakibat hampir setiap orang menilai rata – rata atau memuaskan dan personel yang deviasi biasanya jumlahnya sedikit.
- c. Bias personel adalah kesalahan yang sering terjadi dimana nilai, budaya, cemburu dan harapan personel ikut mempengaruhi penilaian yang menyebabkan hasil penilaian *distorsi*. Kesalahan ini terjadi karena penilai tidak dibekali pengetahuan yang cukup untuk menilai, berbasis pada diskriminasi suku,seks,umur atau faktor lain tetapi bias tipe ini tidak begitu menonjol.

8. Kebijakan Penempatan Bidan PTT Di Desa

Sesuai dengan SK Menkes No. 1212/Menkes/SK/IX/2002 tentang petunjuk teknis pengangkatan bidan sebagai pegawai tidak tetap, yang disebut bidan adalah seorang yang telah mengikuti program bidan yang disetarakan dengan Diploma I,III atau Diploma IV dan lulus sesuai dengan persyaratan yang berlaku. Sedangkan bidan PTT adalah bidan yang bukan Pegawai Negeri, diangkat oleh pejabat yang berwenang untuk melakukan pekerjaan sebagai bidan dalam rangka pelaksanaan program pemerintah. Adapun tempat tugas bidan tersebut adalah di desa.

Sebagai bidan PTT mempunyai hak dan kewajiban sebagai berikut:

Kewajiban bidan PTT :

1. Setia dan taat sepenuhnya kepada Pancasila, UUD 45, Negara dan Pemerintah
2. Menyimpan rasia negara dan rasia jabatan.
3. Mentaati dan melaksanakan peraturan perundangan yang berlaku, termasuk ketentuan kedinasan bagi pegawai Negeri Sipil.
4. Melaksanakan masa bakti sekurang – kurangnya selama 3 (tiga) tahun dan dapat diperpanjang.
5. Melaksanakan tugas sebagai bidan sersuai dengan program Pemerintah di bidang kesehatan.
6. Menjadi peserta PT ASKES dan wajib membayar iuran sebesar 2% dari gaji pokok.
7. Mengikuti latihan pra-tugas untuk menunjang pelaksanaan tugas Bidan PTT pada wilayah kerjanya.
8. Menjadi anggota Korpri selaku Pegawai Republik Indonesia.
9. Menyampaikan laporan pelaksanaan pekerjaannya kepada atasan langsung sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Hak Bidan PTT

1. Bidan PTT memperoleh penghasilan berupa: Gaji pokok, Tunjangan Pegawai Tidak Tetap, Tunjangan Khusus, dan Tunjangan pajak Penghasilan .

2. Bidan PTT memperoleh biaya perjalanan dari ibu kota kabupaten tempat pendidikan kebidanannya ke tempat tugas.
3. Bidan PTT memperoleh biaya perjalanan dari tempat tugas setelah selesai masa bakti ke ibukota kabupaten tempat pendidikan kelulusannya semula.
4. Bidan PTT yang memiliki ijazah sederajat Diploma I atau Diploma III memperoleh perjalanan sesuai dengan ketentuan yang berlaku bagi Pegawai Negeri Sipil Golongan II, sedangkan yang memiliki ijazah diploma IV yang berlaku lagi Pegawai Negeri Sipil Golongan III.
5. Bidan PTT apabila meninggal dunia pada waktu/karena melaksanakan dan dalam melaksanakan tugas memperoleh biaya pemakaman sesuai dengan ketentuan yang berlaku antara lain peti jenazah, angkutan jenazah perjalanan pulang pergi keluarga/ahli waris sebanyak – banyaknya 3 (tiga) orang.
6. Bidan PTT yang meninggal dunia pada waktu melaksanakan tugas kepada ahli warisnya diberikan uang duka wafat sebesar 6 (enam) kali penghasilan terakhir.
7. Bidan PTT yang meninggal dunia karena dan dalam melaksanakan tugas kepada ahli warisnya diberikan uang duka tewas 12 kali penghasilan terakhir.
8. Bidan PTT apabila memerlukan pemeliharaan kesehatan memperoleh pelayanan berdasarkan ketentuan yang berlaku terhadap peserta PT.ASKES

9. Bidan PTT memperoleh cuti:12 (dua belas) hari kerja setelah melaksanakan tugas selama 1 (satu) tahun terus menerus,paling lama 14 (empat belas) hari kerja dalam satu tahun apabila sakit yang dibuktikan dengan surat keterangan dokter;atau 3 (tiga) bulan termasuk hari libur apabila yang bersangkutan bersalin.
10. Bidan PTT berhak mendapat lisensi yaitu kewenangan untuk melakukan pelayanan kesehatan kepada masyarakat sesuai dengan pengetahuan dan ketrampilan, sesuai dengan ketentuan peraturan perundangan yang berlaku.

Menurut buku pedoman bidan di tingkat desa disebut bidan desa adalah bidan yang ditempatkan dan bertugas di desa yang mempunyai wilayah kerja satu sampai dua desa dalam melaksanakan tugas pelayanan kesehatan baik di dalam maupun di luar jam kerja dan harus bertanggungjawab terhadap Kepala Puskesmas (Depkes, 1994)

9.Teknik – Teknik Penentuan Prioritas Pengambilan Keputusan

Proses pengambilan keputusan tidak dapat dilepaskan dengan upaya pemecahan masalah. Setiap pengambilan keputusan selalu dihadapkan pada situasi yang problematis dalam menentukan satu pilihan sebagai suatu keputusan. Atau dengan kata lain keputusan dibuat karena adanya suatu masalah yang harus diatasi.Bahkan dalam proses pengambilan keputusan dalam rangka pemecahan masalah-pun, para pengambil keputusan (*decision maker*) masih dihadapkan pada

permasalahan-permasalahan yang ditimbulkan sebagai akibat dari proses internal pengambilan keputusan itu sendiri, diantaranya adalah proses menentukan pilihan terbaik atau prioritas. Dalam penentuan prioritas atau pilihan terbaik, seorang pengambil keputusan menentukan secara cermat apakah alternatif yang akan dipilih tersebut merupakan alternatif terbaik atau malah sebaliknya.

Secara umum terdapat 2 pendekatan yang dapat membantu seorang manajer dalam menentukan prioritas (khususnya dalam pengambilan keputusan kelompok), yaitu pendekatan kualitatif dan pendekatan kuantitatif.

9.1 Pendekatan Kualitatif

Pendekatan ini menekankan pada penggunaan intuisi dan pemikiran yang bersifat deskriptif terhadap suatu alternatif. Pendekatan ini mencakup penggunaan pertimbangan subyektif dalam penilaian, yang didasarkan atas asumsi-asumsi. Beberapa teknik dalam pendekatan ini adalah sebagai berikut:

1) Teknik Brain-Storming

Merupakan teknik sumbang saran, mengutamakan demokratisasi dalam menyampaikan pendapat secara lisan dalam suatu diskusi/persidangan. Peluang diberikan pada setiap anggota tanpa kecuali dan semakin banyak pikiran yang masuk akan semakin baik. Semua usulan / saran yang ada ditampung dan ditulis, peserta yang lain tidak

diperbolehkan menampilkan kritik sebelum semua pihak selesai berbicara dan menyampaikan pendapatnya. Setelah semua ide terkumpul dan tertulis, maka didiskusikan bersama sambil memberi kesempatan bagi pencetus ide untuk mempertahankan, mengajukan argumentasi yang meyakinkan/alasan. Sehingga diperoleh kesimpulan yang lebih merupakan gabungan dari berbagai ide.

2) Teknik Brain-Writing

Prinsipnya sama dengan teknik *brain-storming*, namun dalam *brain-writing* masing-masing pihak menyampaikan idenya secara tertulis. Pemimpin diskusi mengajukan masalah pada secarik kertas dan diletakkan diatas meja, semua peserta membaca kemudian menuliskan pendapat masing-masing pada kertas-kertas yang ada. Setelah terkumpul didiskusikan untuk dicari pendapat yang terbanyak, hal ini dilakukan berulang-ulang sehingga ditemukan pendapat yang memperoleh dukungan terbanyak.

3) Teknik Diskusi/Curah Pendapat

Prinsip sama dengan *brain-storming* ataupun *brain-writing*. Pemimpin diskusi merupakan fasilitator, diperlukan seorang fasilitator yang handal dan menguasai masalah sehingga dapat mengarahkan tujuan diskusi. Peserta diskusi ditantang untuk mengemukakan pendapat sebanyak-banyaknya secara lisan tetapi tetap menghindari saling kritik.

Peserta memiliki keahlian dan kemampuan yang relatif sama, dan waktu efektif diskusi ini adalah 1 jam dengan peserta maksimal 10 – 12 orang.

4) Teknik Delphi

Teknik yang mula-mula dikembangkan oleh Dalkey & Helmer (1963) dan diperkenalkan dalam Rand Corporation ini menghindari tatap muka antar peserta dalam proses pengambilan keputusan. Perdebatan langsung antar peserta digantikan dengan pertukaran informasi dan pandangan yang dilakukan melalui pengisian kuesioner yang diedarkan. Untuk itu diperlukan satu tim yang ahli dalam masalah yang akan dibicarakan, tim ahli akan merumuskan kuesioner yang akan dikirim kepada setiap peserta. Masing-masing peserta mengisi kuesioner tersebut dengan sungguh-sungguh dan mengembalikannya kepada tim. Tim ahli mengedit semua jawaban, menyimpulkannya, lalu mengembangkan laporan yang masuk dan mengembalikannya kepada peserta bersama kuesioner berikutnya yang berisi pertanyaan yang khusus. Tiap peserta melakukan evaluasi lagi terhadap laporan tim tersebut dan memberikan penilaian serta mengembalikannya kepada tim, selanjutnya tim ahli merangkum dan menyimpulkan lagi secara lebih spesifik serta mengembalikan lagi kepada tiap peserta bersama dengan kuesioner yang berisi pertanyaan yang lebih khusus. Peserta melakukan evaluasi, memberikan penilaian dan sekaligus menentukan prioritas atas ide-ide yang dirangkum dalam kuesioner sebelumnya untuk dikirim kembali

pada tim. Tim ahli menarik kesimpulan yang merupakan intepretasi keinginan dan harapan yang dituangkan oleh peserta dalam jawaban kuesioner. Beberapa tahap yang diperlukan untuk merampungkan diskusi ini tergantung pada kejelasan kuesioner, jawaban dan tingkat ketrampilan tim ahli sendiri.

5) Teknik Kelompok Nominal / TKN

The Nominal Group Technique (NGT) adalah teknik peran serta dalam pengambilan keputusan yang dipakai dalam proses perencanaan. Merupakan suatu cara untuk mengumpulkan pandangan dan penilaian perorangan dalam suasana ketidakpastian dan ketidaksepakatan mengenai inti persoalan suatu masalah, lalu mencari jalan penyelesaian yang terbaik, dan pandangan pribadi masing-masing peserta memegang peranan penting. TKN paling tepat dipakai untuk kelompok yang keanggotaannya kurang dari 15 orang, dengan waktu diskusi 1,5 – 3 jam saja. Elemen – elemen TKN terdiari atas:

1. Harus ada satu pertanyaan yang sudah dipikirkan secara masak dan dirumuskan dalam satu kalimat, yang dapat dijawab secara jelas oleh peserta.
2. Ada sekelompok orang dengan tugas khusus dan memiliki keahlian mengenai masalah yang akan didiskusikan.
3. Pemimpin kelompok harus menguasai TKN dan tugasnya hanya menjadi fasilitator dan tidak mempengaruhi sidang.

4. Teknik TKN merupakan “teknik atau pertanyaan tunggal”, sehingga rumusan pertanyaan memainkan peranan sentral. Pertanyaan TKN diketik diatas selembar kertas dan dibagikan kepada tiap peserta sebelum sidang dimulai.

Langkah-langkah TKN adalah sebagai berikut;

1. Silent Generation of Written Ideas, waktu maksimal 8 menit dan peserta diminta memberikan jawaban yang sungguh-sungguh menurut jalan pikiran masing-masing dengan menulis diatas kertas dan tidak dikumpulkan.
2. Recording of Ideas, mencakup langkah-langkah; tiap peserta menyebutkan secara lisan satu ide, yang harus dalam bentuk kalimat pernyataan dan boleh terdiri dari beberapa kalimat, memberi kesempatan apakah ada diantara ide-ide yang masih tumpang tindih sehingga perlu diperbaiki kalimatnya, ketua sidang mencatat setiap ide yang dikemukakan, semua kertas yang sudah ditulisi penuh dijejer di dinding agar jelas terbaca oleh setiap peserta.
3. Serial Discussion of Ideas, mencakup langkah; ketua membaca ide yang tertulis secara berurutan dan satu persatu dimintai tanggapan dari peserta, ketua sidang mendorong setiap peserta untuk memikirkan mana dari kelompok ide yang diperkirakan dapat dijadikan keputusan.

4. Voting of Ideas, dengan cara; ketua memberikan 5 buah kartu dan peserta diminta menuliskan 5 ide yang dianggap paling penting, ketua mencatat hasil pemilihan ide pada papan kertas yang kosong, ketua memimpin diskusi mengenai ketepatan pemberian ranking terhadap ide yang paling banyak suaranya.

9.2. Pendekatan Kuantitatif

Model ini bekerja dengan cara melakukan analisis matematis berdasarkan angka-angka yang diperoleh sebagai hasil dari langkah pembobotan dan skoring yang dilakukan pada setiap alternatif. Beberapa metode kuantitatif dalam penentuan prioritas masalah antara lain sebagai berikut;

1) Metode DELBECQ

Merupakan metode penentuan prioritas dengan teknik pemberian bobot (yang merupakan nilai maksimum dan berkisar antara 0 – 10) dengan kriteria-kriteria yang dilihat pada:

1. Besar masalah yaitu persentasi (%) atau jumlah kelompok penduduk yang ada dan kemungkinan terkena masalah tersebut .
2. Kegawatan masalah yaitu kecenderungan tingginya angka morbiditas (angka kesakitan) dan mortalitas (angka kematian) dari waktu kewaktu.

3. Ketersediaan dana / biaya : Jumlah / besarnya dana yang diperlukan untuk mengatasi masalah.
4. Kemudahan : Yaitu tersedianya sumber daya (tenaga, sarana/prasarana,waktu serta/metode dan teknologi dalam menyelesaikan suatu masalah). Termasuk dalam kriteria ini adalah tingkat kemudahan dalam penanganannya.

Adapun langkah – langkah yang harus dilakukan adalah sebagai berikut:

1. Tentukan dahulu dari masing – masing kriteria, dengan skoring 0 –10.
2. Isi setiap kolom dengan hasil perkalian antara bobot dengan nilai skor dari masing – masing alternatif.
3. Jumlah nilai masing – masing kolom dan penentuan prioritas ditentukan berdasarkan urutan skoring yang dimiliki dari yang tertinggi sampai dengan yang terendah.

2) Metode REINKE

Metode Reinke juga merupakan metode penentuan prioritas dengan menggunakan nilai skoring yang berkisar antara 1 – 5, yang mencakup kriteria – kriteria :

1. M : Magnitude of the problema (besarnya masalah yang terjadi)
2. I : Importancy (kegawatan masalah,morbiditas dan mortalitas serta “ trend”)

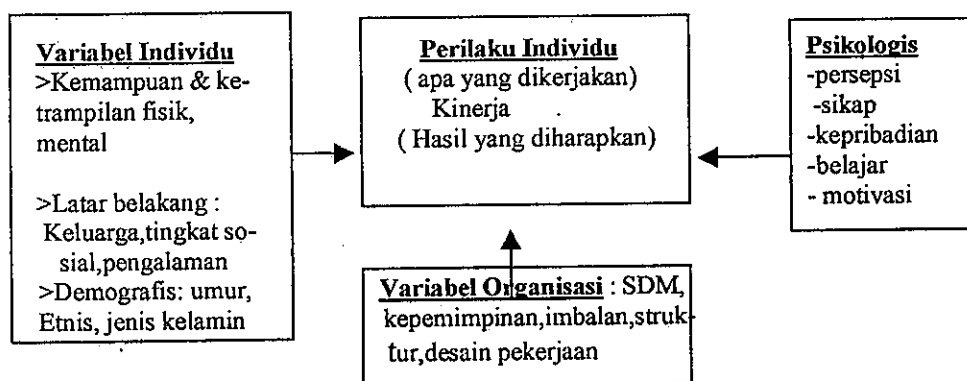
3. V : Vulnerability Sensitif atau tidaknya pemecahan masalah dalam menyelesaikan masalah yang terjadi.
4. C : Cost Biaya yang dipergunakan untuk melaksanakan alternatif tertentu.

Metode ini penentuan Prioritas (P) ditentukan dengan Rumus sebagai berikut; $P = (M \times I \times V) : C$

10. Kerangka Teori

Kerangka teori yang digunakan adalah menggunakan model kinerja Gibson (1996), faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja Lawlor & Peka (1998), Motivasi McClelland (1986) dan kriteria penilaian kinerja oleh Bernadin dan Russel (1998). Bagan kerangka teori dikembangkan dari model kinerja Gibson terlihat dalam bagan sebagai berikut:

Bagan 2.1. Kerangka Teori

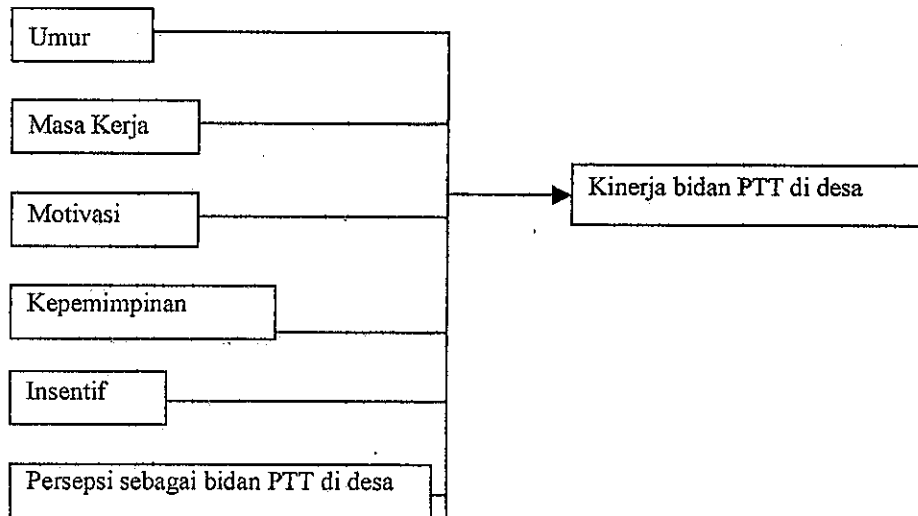


Sumber : Gibson (1987)

BAB III

METODE PENELITIAN

1. Kerangka Konsep Penelitian



Variabel bebas

Variabel Terikat

2. Hipotesis

1. Ada hubungan antara umur terhadap kinerja bidan PTT di desa dalam pelayanan antenatal
2. Ada hubungan lama kerja terhadap kinerja bidan PTT di desa dalam pelayanan antenatal
3. Ada hubungan motivasi terhadap kinerja bidan PTT di desa pelayanan antenatal
4. Ada hubungan persepsi sebagai bidan terhadap kinerja bidan PTT di desa dalam pelayanan antenatal

5. Ada hubungan kepemimpinan terhadap kinerja bidan PTT di desa dalam pelayanan antenatal
6. Ada hubungan insentif terhadap kinerja bidan PTT di desa dalam pelayanan antenatal.
7. Ada pengaruh secara bersama umur, lama kerja, motivasi, persepsi, kepemimpinan dan insentif terhadap kinerja bidan PTT di desa dalam pelayanan antenatal

3. Variabel Penelitian

Variabel penelitian ini adalah :

1. Variabel bebas adalah umur, lama kerja, motivasi, persepsi sebagai bidan, kepemimpinan dan insentif
2. Variabel terikat adalah kinerja bidan PTT di desa

4. Definisi Operasional

- 1) Kinerja bidan PTT di desa adalah catatan kegiatan bidan PTT di desa yang di nilai berdasarkan 6 kriteria dasar dari *Bernadin & Russel, 1998* yaitu : kualitas, kuantitas, *timeliness*, efektifitas biaya, kebutuhan supervisi dan dampak hubungan interpersonal dengan cara penilaian sendiri (*self assessment*) dalam melaksanakan tugas pokok sebagai petugas pelayanan antenatal. Pengukuran dilakukan dengan wawancara terstruktur menggunakan kuesioner bagian IIA. Jumlah pertanyaan dalam kuesioner adalah 34 pertanyaan. Kriteria penilaian dengan pemberian skor yang

diberikan pada masing – masing pertanyaan. Untuk mempermudah editing maka diberikan *code books*. Disamping itu dilakukan pengamatan kelengkapan dokumentasi yang bertujuan sebagai validasi. Pengamatan menggunakan *check list*, yaitu instrumen IIB. *Chech list* dokumen dikembangkan dari jawaban pertanyaan kuesioner IIA sebagai validasi jawaban pada Kuesioner IIA. Katagori kinerja menggunakan kinerja tinggi, sedang dan rendah dengan berdasarkan ketentuan lebar interval menurut Suharsimi Arikunto (1992), yaitu rumus: $i = R/3$ dimana i adalah interval, R adalah range batas nilai tinggi dikurangi nilai terendah ditambah satu / 1 atau tertulis dalam rumus $R = (St - Sr) + 1$. Sehingga akan didapatkan katagorisasi kinerja sebagai berikut :

- Kinerja tinggi = 76 - 89
- Kinerja sedang = 62 - 75
- Kinerja rendah = 48 - 61

Skala : interval

- 2) Umur Bidan PTT di Desa: Selisih dalam tahun antara bidan PTT di desa lahir sampai pada saat pengumpulan data. Sesuai dengan hasil data yang didapatkan, maka umur di kelompokkan dalam dua katagori berdasarkan rata – rata umur responden antara 25 dan 26 tahun dimana umur terendah 23 tahun dan teretinggi 30 tahun sehingga katagorisasi adalah sebagai berikut:

- Umur lebih dari 25 tahun

- Umur kurang dari sama dengan 25 tahun

Skala : interval

- 3) Lama Kerja Bidan PTT Di Desa: Adalah masa kerja bidan PTT di desa dalam memberikan pelayanan kebidanan, dimana petugas bekerja melaksanakan kegiatan kebidanan yang dihitung sejak menjadi bidan PTT di desa sampai dengan sekarang (dalam tahun). Adapun lama kerja dikategorikan sebagai berikut:

- 3 – 6 tahun = 2 periode kontrak
- < 3 tahun = 1 periode kontrak

Skala : interval

- 4) Motivasi Bidan PTT di Desa: Adalah dorongan kerja yang timbul pada diri bidan PTT di desa untuk berperilaku dalam melakukan kegiatan kerja untuk mencapai target pelayanan antenatal. Diukur dari 14 pertanyaan dengan berpedoman pada teori motivasi McClelland berdasarkan 6 (enam) karakteristik dari pegawai dengan motif berprestasi tinggi yaitu: memiliki tanggungjawab pribadi yang tinggi, berani beresiko, memiliki tujuan yang realistis, memiliki rencana kerja yang menyeluruh dan berjuang untuk merealisasikan tujuannya, memanfaatkan umpan balik dan mencari kesempatan untuk merealisasikan rencana yang telah diprogramkan. Jumlah pertanyaan 14 dimana tiap jawaban diberi skor:

- Sangat tidak setuju skor =1
- Tidak setuju = skor 2.
- Kurang setuju = 3

- Setuju skor = 4
- Sangat setuju skor = 5

Untuk mengurangi adanya kecenderungan dikembangkan pertanyaan “ unfavourabel dan favourabel “. Unfavourabel adalah pertanyaan negatif sehingga pemberian skor diatas menjadi berlawanan artinya jawaban sangat setuju diberi skor 5 dan favourabel adalah sebaliknya. Untuk mempermudah dibuat *Code Books* pertanyaan.

Katagorisasi motivasi dikatagorikan menjadi tinggi, sedang dan rendah dengan penentuan lebar interval menurut Suharmi Arikunto (1992), yaitu rumus: $i = R/3$ dimana i adalah interval, R adalah range batas nilai tinggi dikurangi nilai terendah ditambah satu / 1 atau tertulis dalam rumus $R = (St - Sr) + 1$. Sehingga akan didapatkan katagorisasi motivasi sebagai berikut :

- Motivasi tinggi = 65 - 71
- Motivasi sedang = 58 - 64
- Motivasi rendah = 51 - 57

Skala : interval

- 5) Persepsi adalah proses pemberian arti (*Cognitive*) yang dipergunakan oleh seseorang untuk menafsirkan dan memahami dunia sekitarnya atau lingkungannya (*Gibson, 1996*)

Persepsi Diri Sebagai Bidan PTT Di Desa: Adalah pemahaman tentang peran dan fungsi yang dibawakan sebagai bidan PTT di desa dalam

melaksanakan tugasnya terdiri dari dimensi tanggungjawab, kepentingan, integritas, produktivitas, hubungan antar peran, kreativitas.

Cara pengukuran : Diukur dengan 14 pertanyaan dimana setiap pertanyaan masing – masing diberikan skor:

- Sangat tidak setuju skor =1
- Tidak setuju = skor 2.
- Kurang setuju = 3
- Setuju skor = 4
- Sangat setuju skor = 5

Untuk mengurangi adanya kecenderungan dikembangkan pertanyaan “ unfavourabel dan favourabel “ . Unfavourabel adalah pertanyaan negatif sehingga pemberian skor diatas menjadi berlawanan artinya jawaban sangat setuju diberi skor 5 dan favourabel adalah sebaliknya. Untuk mempermudah dibuat *Code Books* pertanyaan.

Katagorisasi persepsi dikatagorikan menjadi baik, sedang dan kurang dengan penentuan lebar interval menurut Suharmi Arikunto (1992), yaitu rumus: $i = R/3$ dimana i adalah interval, R adalah range batas nilai tinggi dikurangi nilai terendah ditambah satu / 1 atau tertulis dalam rumus $R = (St - Sr) + 1$. Sehingga akan didapatkan katagorisasi persepsi sebagai berikut :

- Persepsi baik = 56 - 60
- Persepsi sedang = 51 - 55
- Persepsi kurang = 46 - 50

Skala : Interval

- 6) Kepemimpinan: Adalah persepsi bidan PTT di desa terhadap kepemimpinan Kepala Puskesmas untuk menggerakkan karyawan melalui proses pemberian koordinasi, supervisi dan komunikasi dalam hal peningkatan kinerja bidan PTT di desa .Diukur dengan 12 pertanyaan dengan pemberian skor pada masing – masing jawaban :

- Tidak pernah skor =1
- Kadang – kadang skor =2
- Ya skor = 3

Skor pada pertanyaan yang unfavourabel (negatif) mempunyai skor yang berbalikan dengan pemberian skor diatas artinya jawaban “Ya” diberikan skor 1. Untuk mempermudah dibuat *code books* pertanyaan.

Kategorisasi kepemimpinan dikelompokkan dalam baik, sedang dan kurang dengan penentuan lebar interval menurut Suharmi Arikunt (1992), yaitu rumus: $i = R/3$ dimana i adalah interval, R adalah range batas nilai tinggi dikurangi nilai terendah ditambah satu / 1 atau tertulis dalam rumus $R = (St - Sr) + 1$. Sehingga akan didapatkan katagorisasi kepemimpinan sebagai berikut :

- Kepemimpinan baik = 26 - 28
- Kepemimpinan sedang = 23 - 25
- Kepemimpinan kurang = 20 - 22

Skala : Interval

7) Insentif adalah Pemberian diluar gaji baik material (uang, perumahan, kendaraan) ataupun non material (misalnya : pelatihan, pendidikan berlanjut, peluang karier dan kenaikan pangkat istimewa atau dalam bentuk penghargaan khusus) yang diterima oleh bidan PTT di desa .
Diukur dengan 6 pertanyaan dengan pemberian skor pada masing – masing jawaban :

- Tidak pernah skor =1
- Kadang – kadang skor =2
- Ya skor = 3

Skor pada pertanyaan yang unfavourabel (negatif) mempunyai skor yang berbalikan dengan pemberian skor diatas artinya jawaban “Ya” diberikan skor 1. Untuk mempermudah dibuat *code books* pertanyaan.

Katagorisasi insentif dikelompokkan menjadi baik, sedang dan kurang dengan penentuan lebar interval menurut Suharni Arikunto (1992), yaitu rumus: $i = R/3$ diama i adalah interval, R adalah range batas nilai tinggi dikurangi nilai terendah ditambah satu / 1 atau tertulis dalam rumus $R = (St - Sr) + 1$. Sehingga akan didapatkan katagorisasi insentif sebagai berikut :

- Insentif baik = 11 - 12
- Insentif sedang = 9 - 10
- Insentif kurang = 7 - 8

Skala : Interval



5. Rancangan Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan rancangan *cross sectional*. Sedangkan data kualitatif terhadap beberapa faktor yang dianggap penting sebagai pelengkap. Data dikumpulkan sesuai dengan variabel penelitian di desa atau kelurahan yang mempunyai bidan PTT di desa wilayah Kabupaten Kudus.

6. Populasi dan Sampel

Populasi penelitian ini adalah bidan PTT di desa di Kabupaten Kudus. Pengambilan sampel tidak menggunakan rumus sampel akan tetapi menggunakan keseluruhan sampel (total populasi). Sampel pada penelitian ini adalah sejumlah 65 bidan PTT di desa yang tersebar di 131 desa atau kelurahan.

7. Alat Ukur Penelitian

Dalam penelitian ini instrumen yang digunakan adalah ;

1. Kuesioner untuk mengambil data bidan PTT di desa yang meliputi kinerja, umur, lama kerja, motivasi, persepsi sebagai bidan, kepemimpinan dan insentif.
2. *Indepth interview* dilakukan kepada pengelola KIA Dinas Kesehatan Kabupaten untuk mengkonfirmasi hasil yang telah didapatkan.
3. *FGD (focus group discustion)* untuk menggali pandangan lebih dalam dari bidan PTT di desa terhadap hal – hal yang berhubungan

dengan pelaksanaan pelayanan antenatal serta saran mereka dalam menyusun rekomendasi peningkatan kinerja bidan PTT di desa

4. Pedoman pengamatan dokumen dengan *check list*, melihat dokumen cakupan program dan laporan – laporan. Pedoman ini bertujuan untuk mengklarifikasi (validasi) atas jawaban dari responden mengenai kinerja.

8. Uji Validitas dan Reliabilitas

Sebelum instrumen digunakan untuk penelitian maka dilakukan uji validitas dan reliabilitas terhadap instrumen penelitian. Uji validitas adalah untuk mengetahui sejauh mana suatu alat ukur itu dapat mengukur apa yang ingin diukur. Uji reliabilitas adalah untuk mengetahui sejauhmana alat pengukur dapat dipercaya atau diandalkan.

8.1. Uji Validitas Kuesioner. Nilai korelasi antara skor dinilai signifikan jika nilai $p < 0,05$ maka ini menunjukkan valid, tetapi tidak signifikan jika nilai $p > 0,05$ maka item pertanyaan tersebut tidak valid. (Sugiono, 2000). Adapun hasil uji dengan *product moment* pada masing – masing variabel adalah sebagai berikut:

- 1) Variabel kinerja pertanyaan yang tidak valid yaitu 27,32,38
- 2) Variabel motivasi semua pertanyaan menunjukkan hasil yang valid
- 3) Variabel persepsi hasil pertanyaan yang tidak valid yaitu 61,70
- 4) Variabel kepemimpinan pertanyaan yang tidak valid yaitu 85

5) Variabel insentif pertanyaan yang tidak valid yaitu 86,89,90,91.

Semua pertanyaan yang tidak valid dihilangkan, dikarenakan tidak mengurangi makna dari informasi yang didapatkan. Dengan kata lain pertanyaan tersebut sudah tertuang dalam inti item pertanyaan lainnya.

8.2. Uji Reliabilitas. Uji ini menunjukkan keterandalan suatu alat ukur. Dalam uji reliabilitas penelitian ini adalah dari item yang valid diujikan reliabilitasnya dengan koefisien Alpha. Apabila koefisien Alpha diperoleh lebih dari 0,6 maka instrumen penelitian tersebut telah *reliable* (Sugiono, 2000). Adapun hasil uji reliabilitas yang ditunjukkan dengan Alpha sebagai berikut:

- 1) Kinerja dengan Alpha 0,9664
- 2) Motivasi dengan Alhpa 0,9396
- 3) Persepsi dengan Alpha 0,9174
- 4) Kepemimpinan denganAlpha 0,8755
- 5) Insentif dengan Alpha 0,7423.

9. Jenis Data dan Pengumpulan Data

Jenis data yang dikumpulkan meliputi:

- 1) Data sekunder yang terdiri pencapaian K1 – K4 responden, data demografi dan geografi serta data KIA dari Dinas kesehatan Kabupaten Kudus.
- 2) Data primer terdiri atas; umur, lama kerja ,motivasi , persepsi, kepemimpinan , insentif dan kinerja bidan di desa PTT.

Data primer diperoleh melalui wawancara untuk data kuantitatif. Data kualitatif dikumpulkan melalui wawancara mendalam. Sedangkan data sekunder diperoleh melalui pelaporan dari Dinas kesehatan Kabupaten Kudus atau dari record/catatan bidan desa.

10. Pengolahan Data

1) Data Kuantitatif

Setelah data primer terkumpul dari lapangan maka dilakukan pengolahan data dengan melakukan coding dan entry dengan SPSS 10.0. Jawaban setiap responden diberi skor kemudian dijumlahkan. Hasil dari penjumlahan masing – masing pertanyaan pada setiap variabel di kelompokkan menurut kategori yang telah ditetapkan. Selanjutnya data di analisa secara deskriptif dan atau analitik.

2) Data Kualitatif.

Pengolahan data kualitatif dengan cara menyimpulkan wawancara mendalam dengan metode analisis isi (*content analysis*) dengan melakukan langkah – langkah analisis menggunakan model interaktif yang terdiri atas empat komponen yang saling berkaitan , yaitu:

1. pengumpulan data
2. penyederhanaan atau reduksi data
3. penyajian data
4. verifikasi simpulan (Mile dan Huberman,1985). Namun verifikasi simpulan tidak dilakukan karena keterbatasan waktu untuk

penelitian ini (Istiarti,1998). Simpulan hanya dilakukan oleh peneliti berdasarkan proses pengumpulan dan penyederhanaan data.

Pedoman wawancara mendalam disusun setelah hasil *survey* dilaksanakan.

11. Analisis Data

Analisa data dengan menggunakan komputer dengan program SPSS10.0.

Adapun analisis dilakukan berdasarkan jenis data sebagai berikut:

11.1. Data Kuantitatif

1) Analisis Univariat : menganalisa variabel-variabel yang ada secara diskriptif dengan menghitung distribusi frekuensi dan proporsinya untuk mengetahui karakteristik dari subjek penelitian .

2) Analisis Bivariat:

2.1. Bivariat diskriptif untuk mendiskriptifkan hubungan variabel bebas dengan variabel terikat dengan menggunakan tabulasi silang.

2.2. Bivariat analisis dilakukan untuk melihat hubungan variabel bebas dengan variabel terikat. Selanjutnya uji statistik dilakukan dengan ketentuan pemakaian uji. Untuk skala (interval, rasio) dan distribusi data normal menggunakan korelasi *Product Moment* dan skala ordinal dengan korelasi *Rank Spearman* dan skala nominal menggunakan uji *Chi Square*. Selanjutnya kita menggunakan bantuan program SPSS 10.0.

2.3 Analisis Multivariat

Analisis multivariat dilakukan dengan uji regresi linier ganda yang bertujuan untuk mengetahui variabel bebas yang lebih dari satu terhadap variabel terikat. Pengambilan keputusan ada tidaknya pengaruh dengan menggunakan nilai *probabilitas*, yaitu:

1. Jika probabilitas $< 0,05$ maka H_0 diterima artinya tidak ada pengaruh variabel bebas terhadap terikat
2. Jika probabilitas $> 0,05$ maka H_0 ditolak artinya ada pengaruh variabel bebas dengan terikat.

11.2 Data Kualitatif

Pengolahan data kualitatif dengan cara menyimpulkan hasil diskusi kelompok terarah dan wawancara mendalam dengan metode analisis isi (*content analysis*). Diskusi kelompok terarah bersifat konfirmatif dari beberapa data hasil dari survey. Data survey dilakukan dengan wawancara terstruktur dengan kuesioner dan *check list* pengamatan dokumen untuk mengklarifikasi jawaban variabel kinerja. Hasil kuantitatif dan kualitatif ini digunakan untuk menyusun rekomendasi upaya peningkatan kinerja bidan PTT di desa. Adapun proses keputusan dan tehnik pemecahan masalah menggunakan metode yang sudah ada yaitu metode *Delbecq* dan Metode *Reinke*.

BAB IV

HASIL PENELITIAN

A. Gambaran Umum Responden

1. Karakteristik Bidan PTT Desa (BDD) Menurut Umur

Gambaran bidan PTT di desa di Kabupaten Kudus menurut umur adalah sebagai berikut :

Diagram 4.1. Data Bidan PTT di Desa Menurut Umur

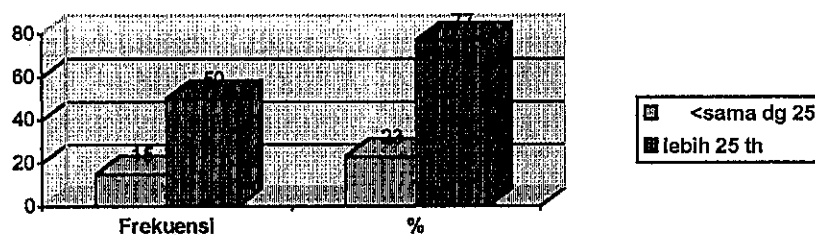


Diagram diatas menunjukkan bahwa mayoritas responden berumur lebih dari 25 tahun sebesar 77%. Sedangkan kelompok usia terendah responden adalah kelompok umur kurang dari sama dengan 25 tahun yaitu sebesar 23 %.

2. Karakteristik Bidan PTT di Desa Menurut Masa Kerja

Masa kerja bidan PTT di desa di Kabupaten Kudus sejumlah 65 orang dapat di lihat dalam diagram berikut:

Diagram 4.2. Data Bidan PTT di Desa Menurut Masa Kerja

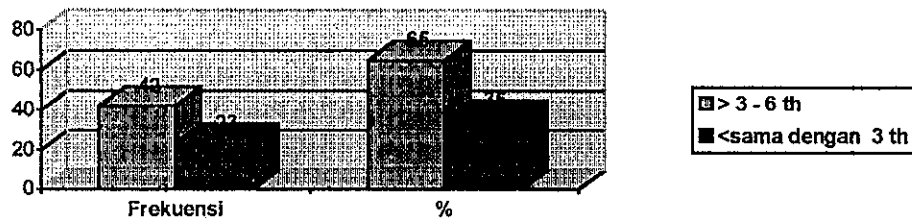
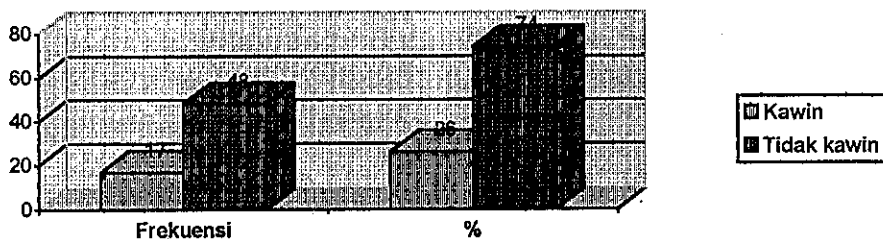


Diagram 4.2 menunjukkan bahwa masa kerja bidan PTT di desa mayoritas mempunyai masa kerja lebih dari 3 – 6 tahun yaitu sebesar 65%.

3. Data Bidan PTT di Desa PTT Menurut Status Marital

Gambaran bidan PTT di desa menurut status marital adalah sebagai berikut :

Diagram 4.3 Data Bidan di Desa Menurut Status Marital



Dari diagram 4.3 diatas menunjukkkan responden dengan status kawin yaitu 26%. Sedangkan yang tidak kawin sejumlah 74 %.

4. Hasil Cakupan K1 Ibu Hamil Berkunjung di Wilayah Kerja Bidan PTT di Desa Selama Satu Tahun

Gambaran bidan PTT di desa menurut cakupan kunjungan K1 ibu hamil adalah sebagai berikut:

Diagram 4.4 Cakupan Ibu Hamil K1 Di Wilayah Kerja

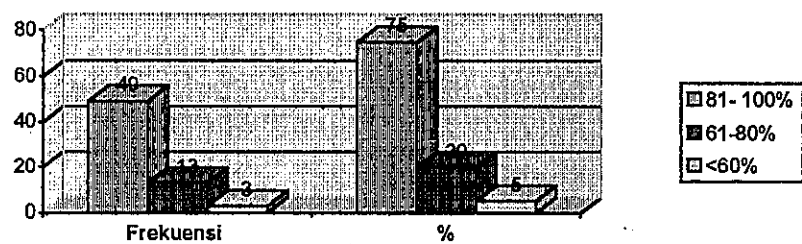


Diagram 4.4 diatas terlihat bahwa dari 65 responden Bidan PTT di desa, yang mempunyai cakupan K1 81 – 100 % adalah 75%. Sedangkan yang mempunyai cakupan kurang dari 60% adalah sebanyak 5%.

5. Hasil Cakupan Kunjungan K4 Ibu Hamil Di Wilayah Kerja Bidan PTT Di Desa Selama Satu Tahun

Gambaran bidan PTT di desa menurut kunjungan K4 ibu hamil adalah sebagai berikut :

Diagram 4.5 Cakupan K4 Ibu Hamil di Wilayah Kerja

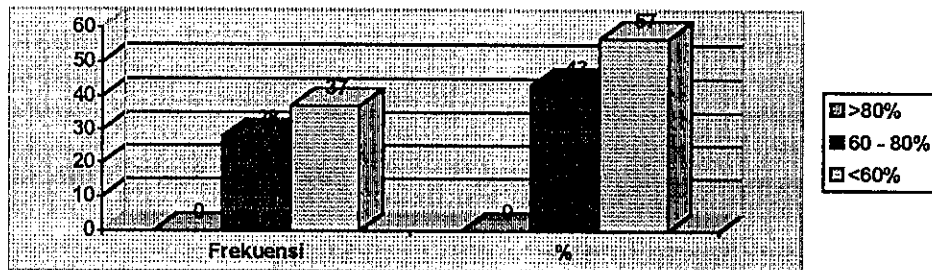


Diagram 4.5 diatas terlihat bahwa dari 65 responden bidan PTT di desa, yang mempunyai cakupan K4 kurang dari 60% yaitu 57 %. Sedangkan yang mempunyai cakupan 60 - 80 % yaitu sebesar 43 %.

6. Hasil Cakupan Kunjungan Neonatus Yang Ditolong Oleh Tenaga Kesehatan
- Gambaran cakupan kunjungan neonatus yang ditolong oleh tenaga kesehatan terlihat pada diagram berikut :

Diagram 4.6 Cakupan Kunjungan Neonatus

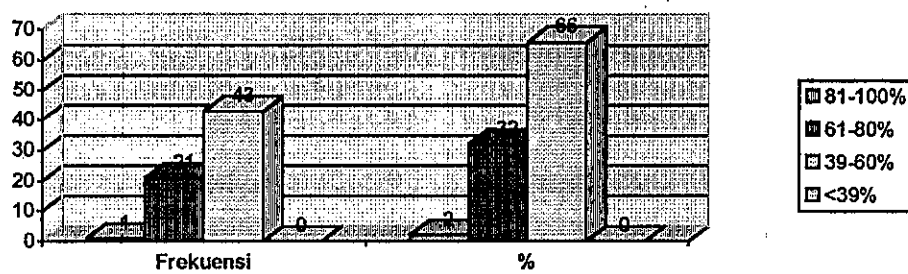


Diagram 4.6 diatas terlihat bahwa dari 65 responden bidan di desa PTT hasil kunjungan neonatus ditolong oleh tenaga kesehatan dengan cakupan

39 - 60 % yaitu 66%. Sedangkan kunjungan neonatus yang di tolong oleh tenaga kesehatan dengan cakupan 81 – 100 % adalah sebesar 2 %.

7. Cakupan Persalinan Yang Ditolong Oleh Tenaga Kesehatan

Diagram 4.7. Diagram Persalinan Yang Ditolong Tenaga Kesehatan

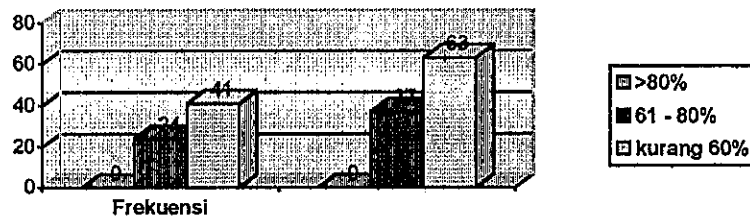


Diagram 4.7 diatas terlihat bahwa dari 65 responden yang mempunyai cakupan persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan kurang 60 % adalah 63%. Sedangkan persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan dengan cakupan 61 - 80% yaitu sebesar 37 %.

B. Distribusi Frekuensi Motivasi, Persepsi, Kepemimpinan dan Insentif

1. Distribusi Frekuensi Motivasi Bidan PTT di Desa Dalam Pelayanan Ante natal

Gambaran tentang hasil jawaban atas pertanyaan – pertanyaan variabel motivasi terhadap 65 responden bidan PTT di desa terlihat dalam tabel berikut:

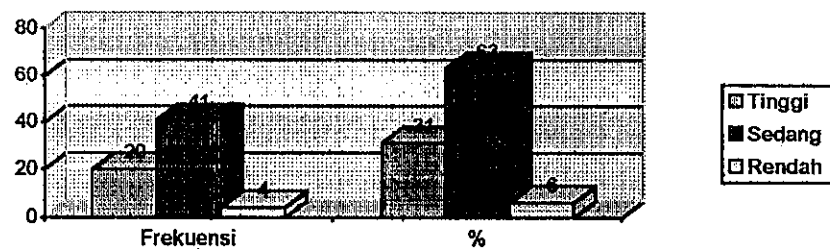
Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Jawaban Pertanyaan Variabel Motivasi

No.	Pertanyaan	SS		S		KS		TS		STS	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	Kerja sama tidak menyelesaikan pekerjaan	0	0,0	0	0,0	1	1,5	46	70,7	18	27,7
2	Menindaklanjuti tugas	21	32,3	44	67,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0
3	Senang berhubungan kelompok	21	32,3	44	67,7	0	0	0	0,0	0	0,0
4	Keinginan mempengaruhi orang lain sesuai kehendaknya	24	36,9	40	61,5	1	1,54	0	0,0	0	0,0
5	Usaha memperbaiki pekerjaan	11	16,9	39	60,0	15	23,0	0	0,0	0	0,0
6	Bekerja hanya untuk kebutuhan hidup sehari hari	0	0,0	0	0,0	32	49,2	23	35,3	10	15,3
7	Tidak terlibat menentukan tujuan organisasi	0	0,0	0	0,0	7	10,7	43	66,2	15	23,0
8	Tujuan bekerja untuk pemanfaatan ketrampilan	42	64,6	23	35,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
9	Tertantang dalam bekerja	17	26,1	41	63,0	7	10,7	0	0,0	0	0,0
10	Mencari inovasi dalam bekerja	31	47,7	27	41,5	7	10,7	0	0,0	0	0,0
11	Kepuasan hasil kerja	16	24,6	39	60,0	10	15,3	0	0,0	0	0,0
12	ketidak pedulian terhadap teman	0	0,0	0	0,0	12	18,4	30	46,2	23	35,3
13	Menikmati pekerjaan	16	24,6	49	75,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
14	Tertantang dalam berprestasi	26	40,0	39	60,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
15	Tidak senang saling membantu	0	0,0	0	0,0	6	9,23	32	49,2	27	41,5

Tabel 4.1 item pertanyaan dengan jawaban setuju (S) pada pertanyaan mempengaruhi orang lain sesuai dengan kehendaknya sebesar 61,5 %. Sedangkan item pertanyaan bekerja hanya untuk memenuhi kebutuhan hidup sehari – hari dengan pilihan jawaban Kurang Setuju (KS) adalah sebesar 49,2 %.

Adapun motivasi bidan PTT di desa dalam pelayanan antenatal dapat dilihat pada diagram sebagai berikut

Diagram 4.8 Distribusi Frekuensi Motivasi Bidan Di Desa PTT



Dari diagram 4.8 diatas terlihat motivasi bidan PTT di desa menunjukkan sebagian besar bidan mempunyai motivasi sedang yaitu sebanyak 63%. Sedangkan yang memiliki motivasi rendah adalah sebesar 6%.

2. Distribusi Frekuensi Persepsi Bidan PTT Di Desa Dalam Pelayanan Antenatal

Gambaran terhadap hasil pertanyaan variabel persepsi bidan PTT di desa dalam pelayanan antenatal terlihat dalam tabel berikut:

Tabel 4. 2 Tabel Distribusi Frekuensi Jawaban Pertanyaan Variabel Persepsi

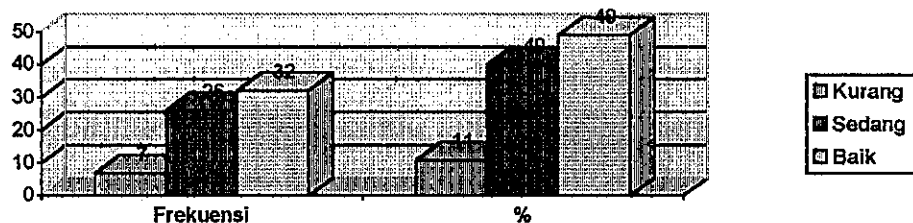
No.	Pertanyaan	SS		S		KS		TS		STS	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	Merasa dibutuhkan dalam persalinan	38	58,5	27	41,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0
2	Pekerjaan ini memberi hasil finansial	46	70,7	19	29,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0
3	Bisa berkehendak sesuai diri sendiri	0	0,0	0	0,0	0	0,0	21	32,3	44	67,7
4	Merasa banyak teman	44	67,7	21	32,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
5	Pekerjaan menyita waktu	0	0,0	0	0	1	1,5	44	67,7	20	30,7
6	Dapat meningkatkan pengetahuan	50	76,9	15	23,1	0	0,0	00	0,0	0	0,0
7	Tidak banyak membantu dalam hal persalinan	0	0,0	0	0,0	0	0,0	44	67,7	21	32,3
8	Merasa paling penting dalam menolong persalinan	0	0,0	0	0,0	0	0,0	38	58,5	27	41,5
9	Merasa rugi bila tidak dikerjakan	48	73,8	17	26,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0
10	Banyak inovasi untuk berkembang	29	44,6	36	55,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0
11	Status PTT menjadi hambatan dalam bekerja	24	36,9	40	61,5	0	0,0	1	1,5	0	0,0
12	Merasa mampu menyelesaikan pekerjaan	20	30,7	45	69,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0
13	Tugas yang dikerjakan hanya kontrak	0	0,0	0	0,0	1	1,5	25	38,5	39	60,0

Tabel 4.2 terlihat item pertanyaan dengan jawaban Setuju (S) adalah status PTT menjadi hambatan dalam bekerja adalah sebesar 61,5%. Sedangkan jawaban Kurang Setuju (KS) pada pertanyaan tugas yang dikerjakan hanya kontrak, yaitu sebesar 1,5%.

Adapun persepsi bidan PTT di desa dalam pelayanan antenatal terlihat dalam diagram berikut:

Diagram 4.9 Distribusi Frekuensi Persepsi Bidan PTT di Desa Pelayanan

Antenatal



Dari diagram 4.9 diatas terlihat bahwa persepsi bidan PTT di desa menunjukkan sedang yaitu 40%. Sedangkan yang mempunyai katagori baik yaitu sebesar 49%.

3. Distribusi Frekuensi Insentif Bidan PTT Di Desa

Gambaran terhadap hasil pertanyaan variabel insentif bidan PTT di desa dalam pelayanan antenatal terlihat dalam tabel berikut :

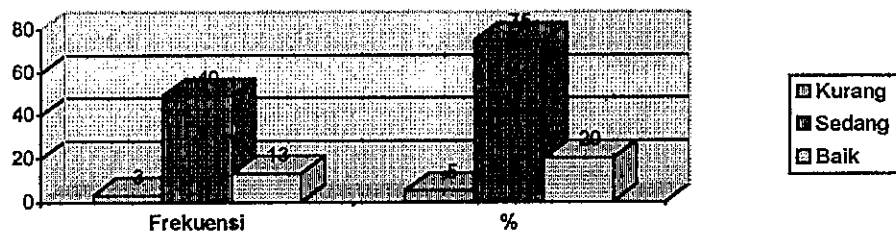
Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi Insentif

No.	Pertanyaan	Ya		Tidak	
		n	%	n	%
1	Insentif tidak mencukupi kebutuhan	65	100,0	0	0,0
2	Memperoleh pengembangan	31	47,7	34	52,3
3	Peluang peniongkatan karier	37	56,9	28	43,0
4	Pembagian insentif dengan musyawarah	55	84,6	10	15,4
5	Pembagian sesuai dengan hasil kerja	64	98,5	1	1,5
6	Hanya pimpinan yang memperoleh banyak	61	93,8	4	6,2

Dari tabel 4.3 diatas menunjukkan persentase terbesar jawaban "Ya" untuk pertanyaan insentif tidak mencukupi kebutuhan yaitu 100%. Sedangkan jawaban "Tidak" pada pertanyaan memperoleh pengembangan, yaitu 52,3%.

Adapun gambaran insentif bidan PTT di desa terlihat pada diagram berikut:

Diagram 5.0 Distribusi Frekuensi Insentif Bidan PTT Di Desa



Dari diagram 5.0 diatas terlihat bahwa insentif bidan PTT di desa menunjukkan katagori sedang yaitu 75%. Sedangkan insentif dengan katagori baik yaitu 20%.

4. Distribusi Frekuensi Kepemimpinan Bidan PTT Di Desa

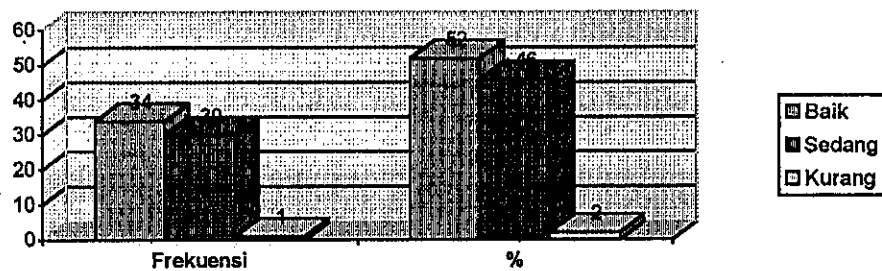
Gambaran distribusi pertanyaan variabel kepemimpinan bidan PTT di desa dalam pelayanan antenatal adalah sebagai berikut :

Tabel 4.4 Distribusi Frekuensi Kepemimpinan

No.	Pertanyaan	Ya		Kadang-Kadang	
		n	%	n	%
1	Pimpinan peduli terhadap karyawan	52	80,0	13	20,0
2	Pimpinpian tidak memperhatikan	50	76,9	15	23,1
3	Pimpinan menghargai keterlibatan karyawan	43	66,2	22	33,8
4	Pimpinan memberi dukungan	43	66,2	22	33,8
5	Pimpinan tidak memberi arahan	30	46,2	35	53,8
6	Pimpinan melakukan bimbingan	40	61,5	25	38,5
7	Pelaksanaan prosedur tindakan kerja	47	72,3	18	27,7
8	Pimpinan tidak memberikan petunjuk kerja	20	30,7	45	69,2
9	Pimpinan membiarkan usulan	22	33,8	43	66,2
10	Pimpinan tidak membela hak	24	37,9	41	63,1

Dari tabel 4.4 diatas menunjukkan item pertanyaan dengan jawaban "Ya" pada pertanyaan pimpinan tidak memperhatikan karyawan sebesar 76,9%. Sedangkan item pertanyaan dengan jawaban " Kadang – Kadang " pada pertanyaan pimpinan tidak memberikan petunjuk kerja yaitu sebesar 69,2%. Sedangkan kepemimpinan bidan PTT di desa terlihat dalam diagram sebagai berikut :

Diagram 5.1 Distribusi Kepemimpinan Bidan PTT di Desa



Dari diagram 5.1 diatas kepemimpinan bidan PTT di desa menunjukkan katagori baik yaitu 52 %. Sedangkan kepemimpinan dengan katagori kurang sebesar 2%.

5. Distribusi Frekuensi Kinerja Bidan PTT di Desa

Persentase jawaban kinerja bidan PTT di desa dalam melakukan pelayanan antenatal sesuai dengan konsep *Bernadin dan Russell* yang diuraikan berdasarkan : 1) kinerja berdasar *Quality* 2) kinerja berdasar *Quantity* 3) kinerja berdasar *cost effectiveness* 4) kinerja berdasarkan *timelines*; 5) kinerja berdasar *need for supervision* serta 6) kinerja berdasar *interpersonal impact* terlihat pada tabel berikut :

Tabel 4.5 Distribusi Frekuensi Kinerja Bidan PTT di Desa PTT

Kinerja berdasar kualitas (<i>Quality</i>)		
	N	%
1. Untuk menentukan perkiraan adanya kehamilan dan umur kehamilan , yang saudara lakukan adalah :		
a. Menanyakan keluhan,	62	95,4
b. Umur ibu	29	44,6
c. Paritas	54	83,1
d. HPHT	65	100,0
e. Lama dan siklus haid	65	100,0
f. Jenis kontrasepsi yang digunakan	25	38,5
2. Hal yang harus dideteksi berhubungan dengan umur kehamilan 4 – 6 bulan :		
a. Sakit kepala	33	50,7
b. Mual muntah	65	100,0
c. Rasa tidak enak pada bagian perut bawah	65	100,0
d. Sering BAK	57	87,7
3. Apa yang Saudara anjurkan apabila ibu dengan kehamilan diikuti dengan <i>morning sicknees</i> :		
a. Bangun pagi lakukan relaksasi dengan tarik nafas dalam	36	55,4
b. Pada saat bangun dari tempat tidur diupayakan mengangkat kepala pelan – pelan	29	63,1
c. Anjurkan makan makanan ringan secukupnya	64	98,5
4. Hal yang perlu Saudara waspadai bila terjadi perdarahan pervaginam :		
a. Tanda dari kemungkinan kelahinan dalam persalinan	21	32,3
b. Berapa besar jumlah darah yang keluar	41	63,1
c. Lamanya perdarahan	35	53,8

Lanjutan tabel 4.5.		
5. Umur yang dianjurkan pada WUS untuk kehamilan agar mengurangi resiko <i>preeklamsi</i> adalah:	41	63,1
a. Usia minimal 20 tahun	19	29,2
b. Usia antara 20 tahun sampai dengan 35 tahun	5	7,8
c. Usia kurang dari 35 tahun pada primipara		
6. Hal yang perlu Saudara deteksi pada bumil dengan <i>preeklamsi</i> :		
a. Bengkak kaki yang menetap.	65	100,0
b. TD lebih dari dan atau sama dengan 140/90 mmhg	30	46,2
c. Nyeri pada ulu hati	54	83,1
d. Muncul kejang dan bengkak pada kaki yang semakin berat	64	98,5
7. Apa yang Saudara anjurkan bila muncul tanda <i>preeklamsi</i> diatas?		
a. Kontrol status kehamilan secara berkala	23	35,3
b. Kurangi makanan tinggi sodium	37	50,7
c. Persalinan di rumah sakit	45	69,2
8. Tanda yang harus Saudara deteksi berhubungan dengan keluarnya air ketuban pada akhir semester kehamilan :		
a. Normal berwarna jernih agak kekuningan	28	43,1
b. Warna hijau menunjukkan air ketuban bercampur mikonium	33	50,7
c. Warna hijau memberikan tanda adanya asfiksia janin	55	84,6
9. Bila Saudara akan mengkaji riwayat obstetrik maka hal apa yang saudara harus ketahui ?		
a. Berapa kali hamil	43	66,2
b. Jarak kehamilan	54	83,1
c. Riwayat penolong pada persalinan sebelumnya	56	86,2
d. Hasil kehamilan sebelumnya	60	92,3
e. Riwayat Abortus	62	95,4

Lanjutan tabel 4.5		
10. Hal dibawah ini penting untuk pemeriksaan BB/berat badan pada bumil :		
a. Pertambahan berat badan selama kehamilan rata- rata 0,3 - 0,5 kg perminggu	56	86,2
b. Kenaikan BB pada hamil muda adalah satu kilo kemudian pada trimester II dan III masing- masing bertambah 5 – 6 kg	55	84,6
c. Penambahan BB total selama kehamilan adalah 10 – 12 kg	65	100,0
11. Salah satu deteksi kekurangan gizi bumil adalah dengan pengukuran LLA (<i>lingar lengan atas</i>), hal penting yang Saudara harus ketahui adalah :		
a. LLA kurang dari 23,5 cm merupakan indikasi kurang gizi	36	55,4
b. LLA 23,5 – 25,5 cm adalah menunjukan kecukupan gizi	63	96,9
c. LLA lebih dari 25,5 adalah menunjukan kelebihan gizi	54	83,1
12. Apa yang Saudara ingin dapatkan dari hasil pemeriksaan <i>obstretik</i> dengan metode leopold I – IV ?		
a. Umur kehamilan,	49	75,4
b. Taksiran BB janin terhadap umur kehamilan	65	100,0
c. Letak janin	56	86,2
d. DJJ	65	100,0
Kinerja berdasar Kuantitas (<i>Quantity</i>)		
13. Bagaimana hasil cakupan kunjungan K1 ibu hamil diwilayah kerja Saudara ?		
a. 81 – 100 %	49	75,4
b. 60 - 80 %	13	20
c. Kurang dari 60%	3	4,61
14. Bagaimana cakupan kunjungan K4 ibu hamil diwilayah kerja Saudara ?		
a. Lebih dari 80%	0	0,0
b. 60 – 80 %	28	43,1
c. Kurang dari 60 %	3	56,9

Lanjutan tabel 4.5		
15. Bagaimana cakupan persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan di wilayah kerja Saudara ?		
a. 81%- 100%	0	0,0
b. 61 – 80 %	21	36,9
c. Kurang 60%	41	63,1
16. Bagaimana cakupan kunjungan neonatus di wilayah kerja Saudara ?		
a. 81 – 100 %	1	1,5
b. 61 – 80 %	21	32,3
c. 39 - 60%	43	66,2
d. Kurang 39%	0	0,0
17. Bagaimana Saudara memberikan TT (<i>tetanus toksoid</i>) pada ibu hamil ?		
a. TT diberikan minimal 2 kali pada saat perkawinan dan kehamilan	44	67,9
b. TT diberikan 1 kali pada saat menjelang perkawinan	20	30,7
c. TT <i>booster</i> diberikan saat kunjungan ante natal ke- 2	1	1,5
18. Bagaimana Saudara memberikan tablet zat besi (fe) pada ibu hamil ?		
a. Tablet besi diberikan 1 tablet (0,25 mg) dalam asam folat per hari selama kehamilan	65	100,0
b. Tablet besi diberikan 1 tablet (0,25 mg) dalam asam folat per hari selama trimester satu dan trimester dua	34	52,3
c. Tablet besi diberikan 1 tablet (0,25 mg) dalam asam folat per hari pada saat ibu hamil terjadi anemia	65	100,0
19. Bagaimana Saudara pemberian tablet multivitamin yang mengandung mineral pada ibu hamil?		
a. Satu tablet per hari selama kehamilan	13	20,0
b. Satu tablet per hari selama trimester satu dan trimester dua	23	35,4
c. Satu tablet per hari selama ibu merasa lemas dan lesu	29	4,6

Lanjutan tabel 4.5		
20. Kapan Saudara melakukan penyuluhan kepada ibu hamil tentang pentingnya pemeliharaan kesehatan selama hamil ?		
a. Sebulan sekali	0	0,0
b. Saat ada kejadian khusus	21	32,3
c. Tidak pernah sama sekali	44	67,7
Efektivitas Biaya (<i>Cost effectiveness</i>)		
21. Bagaimana upaya Saudara agar program kerja berjalan sesuai dengan sasaran ?		
a. Kerja sama dengan masyarakat dalam wadah posyandu	27	41,5
b. Dasa wisma	45	69,2
c. PKK	54	83,1
d. Kerja sama dengan Toma dan Toga	55	84,6
22. Bagaimana Saudara mendistribusikan tablet besi (Fe) pada ibu hamil ?		
a. Diberikan pada saat kunjungan di polindes	24	36,9
b. Didistribusikan bersama-sama kader kesehatan	65	100,0
c. Diberikan pada saat meminta	43	66,1
23. Apa yang Saudara lakukan apabila ditemukan kasus resiko tinggi kehamilan ?		
a. Melakukan kunjungan rumah tiap satu minggu sekali	20	30,7
b. Melakukan rujukan kasus	65	100,0
c. Menjelaskan bahwa kasus ini berbahaya bagi kehamilan ibu	43	66,15
24. Apa yang menjadi dasar Saudara dalam menyusun materi pelatihan kader kesehatan ?		
a. Analisa masalah,	33	50,7
b. penyusunan satuan ajar	23	35,3
c. menggunakan buku pegangan kader	65	100,0
Ketepatan waktu (<i>Timelines</i>)		
25. Dalam pelaksanaan kegiatan yang Saudara buat selaku petugas KIA apakah sudah ada rincian pelaksanaan kegiatan ?		
a. Sudah rinci dan dilengkapi dengan jadual (<i>time schedule</i>)	0	0,0
b. Belum rinci hanya dalam bentuk rencana kerja harian , bulanan dan tahunan	47	72,3
c. Belum rinci hanya dalam rencana kerja puskesmas saja	62	95,4

Lanjutan tabel 4.5		
28. Menurut Saudara dalam sebulan bekerja, proporsi waktu pelaksanaan pekerjaan sebagai petugas KIA dengan pekerjaan administrasi adalah :		
a. Lebih banyak pekerjaan sebagai petugas KIA	15	23,1
b. Sama proporsinya	20	30,7
c. Lebih banyak tugas sebagai administrasi	30	46,2
Kebutuhan Supervisi (<i>Need For Supervision</i>)		
29. Siapakah yang melakukan pemantauan kegiatan KIA di wilayah kerja Saudara ?		
a. Anda dan Kepala Puskesmas	1	1,5
b. Anda dan petugas dari dinas kesehatan Kabupaten	15	23,1
c. Dilakukan sendiri	49	75,4
30. Bagaimana supervisi yang dilakukan oleh dinas kesehatan Kabupaten ?		
a. Dilakukan sebulan sekali	1	1,5
b. Hanya dilakukan kalau ada permintaan	15	23,1
c. Jarang dilakukan supervisi	49	75,4
31. Menurut Saudara apakah supervisi yang dilakukan selama ini sesuai dengan keadaan dan kebutuhan ?		
a. Sesuai karena dilakukan sesuai dengan pemberian pembinaan dan umpan balik pekerjaan	0	0,0
b. Sesuai karena petugas melihat pada hasil pencatatan dan pelaporan saya	29	44,6
c. Sesuai karena petugas hanya melihat polindes	36	55,4
32. Menurut Saudara bentuk pelatihan apa yang dibutuhkan dalam rangka peningkatan ketrampilan sebagai petugas KIA ?		
a. Pelatihan penyuluhan	0	0,0
b. Pelatihan tehnik persalinan	63	96,9
c. Pelatihan operating USG	2	3,1
Dampak Hubungan Interpersonal (<i>Interpersonal impact</i>)		
34. Dalam peningkatan peran serta masyarakat di posyandu, hal – hal apakah yang telah Saudara lakukan ?		
a. Menjalin kerja sama dengan Kader Kesehatan Desa	22	33,8
b. Kerja sama dengan Aparat Desa	54	83,1
c. Kerjasama Toma dan Toga	60	92,23

35. Untuk meningkatkan cakupan K1 dan K4 di wilayah kerja, upaya yang telah Saudara lakukan adalah :		
a. Menjalin kerja sama dengan pihak terkait (<i>stake holder</i>) kecamatan	29	44,6
b. Menjalin kerja sama dengan <i>stake holder</i> di desa	54	83,1
c. Menjalin kerja sama dengan pihak terkait yang ada di masyarakat baik formal maupun informal	65	100,0
36. Apa yang Saudara lakukan apabila ada masalah dalam mengerjakan tugas?		
a. Berusaha menyelesaikan masalah tersebut sesuai dengan kewenangan	26	40,0
b. Meminta konsultasi dengan bidan supervisor	54	83,1
c. Melaporkan pada pimpinan Puskesmas	23	35,4
d. Meminta bantuan Aparat Desa	51	78,5
37. Apa yang Saudara lakukan pada saat mengerjakan tugas sehari-hari ?		
a. Saya membutuhkan bantuan pimpinan sewaktu – waktu	25	38,5
b. Saya mengerjakan tugas sesuai prosedur dan kewenangan	65	100,0
c. Saya mengikuti nurani seorang bidan	6	9,2
38. Bagaimana keadaan pekerjaan yang membutuhkan tugas tim ?		
a. Dikerjakan dengan prosedur <i>tim work</i>	24	36,9
b. Dikerjakan sendiri – sendiri sesuai dengan pembagian tugas tim	40	61,5
c. Setiap pekerjaan dikerjakan bersama-sama	34	52,3

Sedangkan gambaran kinerja bidan PTT di desa terlihat dalam diagram berikut:

Diagram 5.1 Distribusi Kinerja Frekuensi Bidan PTT di Desa

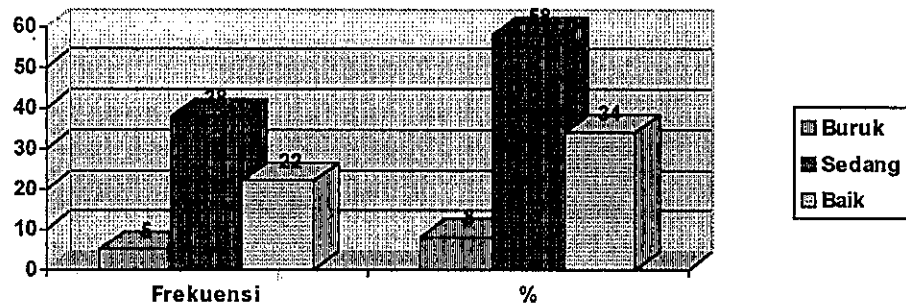


Diagram 5.1. diatas terlihat bahwa kinerja bidan PTT di desa menunjukkan katagori sedang yaitu 58 %. Sedangkan kinerja dengan katagori buruk yaitu 8%.

C. Tabulasi Silang

1.1. Hubungan Umur Dengan Kinerja Bidan PTT Di Desa

Hubungan antara umur dengan kinerja bidan PTT di desa dalam pelayanan ante natal dapat dilihat dalam tabel berikut :

Tabel 4.6 Tabel Silang Kinerja Berdasarkan Umur

Umur	Kinerja			Total
	Buruk	Sedang	Baik	
Kurang sama dengan 25 tahun	2 (13%)	10 (67%)	3 (20%)	15 (100%)
Lebih 25 tahun	3 (6%)	28 (56%)	19 (38 %)	50 (100%)
Total	5 (8%)	38 (58 %)	22 (34 %)	65 (100 %)

Tabel 4.6 diatas terlihat bahwa dari 15 responden yang mempunyai umur kurang dari sama dengan 25 tahun menunjukkan 67% mempunyai kinerja sedang. Sedangkan responden dengan umur lebih dari 25 tahun menunjukkan 56% mempunyai kinerja sedang pula. Hasil ini bila dilihat dari uji statistik menunjukkan nilai $p = 0,1$. Artinya H_0 diterima sehingga tidak ada hubungan yang signifikan antara umur dengan kinerja.

1.2. Hubungan Antara Masa Kerja Dengan Kinerja Bidan PTT Di Desa

Hubungan antara masa kerja dengan kinerja bidan PTT di desa dalam pelayanan antenatal dapat dilihat pada tabel sebagai berikut:

Tabel 4.7. Tabel Silang Kinerja berdasar Masa Kerja

Masa kerja	Kinerja			Total
	Buruk	Sedang	Baik	
< 3 tahun (1 periode)	4 (17 %)	12 (52%)	7 (30%)	23 (100%)
3 – 6 tahun (2 periode)	1 (2%)	26 (62%)	15 (36%)	42 (100%)
Total	5 (8%)	38 (58%)	22 (34%4)	65 (100 %)

Tabel 4.7 terlihat bahwa dari 42 responden dengan masa kerja 3 – 6 tahun menunjukkan 62% mempunyai kinerja sedang. Sedangkan responden dengan masa kerja kurang 3 tahun menunjukkan 52% mempunyai kinerja sedang. Apabila kita melihat hasil uji statistik hubungan dengan menggunakan signifikansi p didapatkan nilai 0,017 artinya H_0 ditolak. Dengan demikian ada hubungan antara masa kerja dengan kinerja.

UPT-PUSTAK-UNDIP

1.3. Hubungan Antara Motivasi Dengan Kinerja Bidan PTT di Desa

Hubungan antara motivasi dengan kinerja bidan PTT di desa dalam pelayanan antenatal dapat terlihat dalam tabel berikut :

Tabel 4.8 Tabel Silang Kinerja Berdasarkan Motivasi

Motivasi	Kinerja			Total
	Buruk	Sedang	Baik	
Rendah	2 (50%)	0	2 (50,0%)	4 (100%)
Sedang	3 (7%)	29 (71%)	9 (21,9%)	41 (100%)
Tinggi	0 (0,0)	9 (45%)	11 (55,0%)	20 (100%)
Total	5 (8%)	38 (58%)	22 (34%)	65 (100%)

Tabel 4.8 diatas terlihat bahwa dari 41 responden dengan motivasi sedang menunjukkan 71% mempunyai kinerja sedang. Sedangkan responden dengan motivasi tinggi menunjukkan 55% mempunyai kinerja baik. Hasil uji statistik terlihat nilai $p = 0,004$ artinya H_0 ditolak, sehingga ada hubungan antara motivasi dengan kinerja bidan.

1.4. Hubungan Persepsi Bidan dalam Pelayanan Antenatal Dengan Kinerja

Bidan PTT Di Desa

Hubungan persepsi dengan kinerja bidan PTT di desa dapat dilihat dalam tabel sebagai berikut:

Tabel 4.9. Tabel Silang Kinerja Berdasarkan Persepsi Bidan PTT dalam Pelayanan Antenatal

Persepsi	Kinerja			Total
	Buruk	Sedang	Baik	
Buruk	1 (14 %)	3 (43%)	3 (43%)	7 (100%)
Sedang	3 (11%)	20 (77%)	3 (11%)	26 (100%)
Baik	1 (3%)	15 (47%)	16 (50%)	32 (100%)
Total	5 (8%)	38 (58)	22 (34%)	65 (100 %)

Tabel 4.9 terlihat bahwa dari responden dengan persepsi bidan PTT di desa dalam pelayanan antenatal sedang menunjukkan 71 % mempunyai kinerja sedang. Sedangkan responden dengan persepsi baik menunjukkan 50 % mempunyai persepsi baik. Nilai p dari hasil uji statistik menunjukkan angka 0,010 artinya H_0 ditolak, sehingga ada hubungan antara persepsi dengan kinerja.

1.5 Hubungan Insentif Dengan Kinerja Bidan PTT Di Desa

Hubungan insentif dengan kinerja bidan PTT di desa terlihat dalam tabel berikut:

Tabel 4.10 Tabel Silang Kinerja Berdasarkan Insentif

Insentif	Kinerja			Total
	Buruk	Sedang	Baik	
Kurang	0	2 (67%)	1 (33%)	3 (100%)
Sedang	5 (11%)	27 (57%)	17 (36%)	47 (100%)
Baik	0	9 (69%)	4 (31%)	13 (100%)
Total	5 (8%)	38 (58%)	22 (34%)	65 (100 %)

Tabel 4.1.0 terlihat bahwa responden dengan insentif sedang, mempunyai kinerja sedang sebesar 57%. Sedangkan responden dengan insentif baik menunjukkan 69% mempunyai kinerja sedang juga. Sedangkan hasil uji statistik menghasilkan nilai signifikansi $p = 0,015$, artinya ada hubungan antara insentif dengan kinerja dan H_0 ditolak.

1.6. Hubungan Kepemimpinan Dengan Kinerja Bidan PTT Di Desa.

Hubungan kepemimpinan dengan kinerja terlihat dalam tabel berikut:

Tabel 4.11 Tabel Silang Kinerja Berdasarkan Kepemimpinan

Kepemimpinan	Kinerja			Total
	Buruk	Sedang	Baik	
Buruk	1 (100%)	0	0	1 (100%)
Sedang	3 (10%)	19 (63%)	8 (27%)	30 (100%)
Baik	1 (3%)	19 (56%)	14 (41%)	34 (100%)
Total	5 (8%)	38 (58%)	22 (384%)	65 (100 %)

Tabel 4.11 diatas terlihat bahwa dari responden dengan kepemimpinan sedang mempunyai kinerja sedang sebesar 63%. Sedangkan responden dengan kepemimpinan baik menunjukkan 56% mempunyai kinerja sedang

juga. Nilai signifikansi p menghasilkan angka 0,006. Artinya H_0 ditolak sehingga ada hubungan antara kepemimpinan dengan kinerja.

Sedangkan uji korelasi *Product Moment Pearson* antara masing – masing variabel bebas dengan variabel terikat terlihat pada tabel sebagai berikut:

Tabel 4.12 Tabel Rekapitulasi Hasil Uji Korelasi Variabel Bebas Dengan Variabel Terikat

Variabel Bebas	Variabel Terikat		Signifikansi
	<i>Z</i>	<i>p</i>	
Umur	0,161	0,1	<i>Tidak signifikan</i>
Masa Kerja	0,264	0,017	Signifikan
Motivasi	0,330	0,004	Signifikan
Persepsi	0,289	0,010	Signifikan
Kepemimpinan	0,311	0,006	Signifikan
Insentif	0,269	0,015	Signifikan

D. Hasil Analisa Multivariat

Hasil uji Multivariat dengan uji statistik regresi berganda digunakan untuk mengetahui pengaruh variabel bebas secara bersama terhadap variabel terikat.

Adapun gambaran hasil uji multivariat terlihat dalam tabel berikut :

Tabel 4.12 Hasil Uji Pengaruh Secara Bersama Variabel Bebas Terhadap Terikat

Variabel	Non Koefisien Standard		Koefisien Standard	t	Sig
	B	SE	Beta		
(Constant)	29,246	15,667		1,667	0,067
MTV	0,691	0,249	0,333	2,777	0,007
(Constan)	-18,343	23,343		-0,786	0,435
MTV	0,673	0,238	0,322	2,830	0,006
KPPAN	1,904	0,717	0,302	2,657	0,010

Tabel 4.12 diatas menunjukkan variabel motivasi dengan $p = 0,007$ dan kepemimpinan dengan $p = 0,010$. Sehingga variabel- variabel tersebut berpengaruh secara signifikan terhadap kinerja. Dengan melihat R -Square motivasi 0,095 maka motivasi mempunyai pengaruh terhadap kinerja 9,5 %. Sedangkan R- Square pada kepemimpinan 0,174 artinya 17,4 % variabel kepemimpinan mempunyai pengaruh terhadap kinerja.

E. Hasil Penelitian Kualitatif

Penelitian kualitatif ini bersifat konfirmatif, artinya mengkonfirmasi hasil *survey* yang menunjukkan adanya kecenderungan hasil yang menetap atau mengumpul pada salah satu jawaban pertanyaan tertentu. Sehingga pada kualitatif ini akan menggali lebih dalam terhadap hasil yang sudah ada. Sedangkan pendekatan kualitatif yang dipakai dengan dua cara yaitu dengan diskusi terarah dan wawancara mendalam .

1. Wawancara Mendalam (*Indepth Interview*)

Wawancara mendalam dilakukan dengan informan yang berkaitan erat dengan aspek – aspek kinerja bidan PTT di desa dan beberapa faktor yang mempengaruhi kinerja bidan PTT di desa dalam pelayanan antenatal, yaitu pengelola Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) sejumlah 3 (tiga) orang ; seorang masing – masing Kepala Seksi dan dua orang staf KIA Dinas Kesehatan Kabupaten Kudus.

Tehnik wawancara mendalam dilakukan dengan memberikan beberapa pertanyaan yang meliputi: bagaimana cakupan yang berhubungan dengan pelayanan antenatal. Hasil yang diperoleh adalah sebagai berikut:

1.1. Kinerja bidan PTT di desa meliputi : kuantitas, kebutuhan akan supervisi dan pengaruh hubungan interpersonal.

Menurut pengelola KIA Dinas Kesehatan, bahwa cakupan pelayanan bidan PTT di desa di Kabupaten Kudus belum ada pelaporannya. Sedangkan cakupan pelayanan antenatal saat ini didapatkan dari hasil secara keseluruhan kegiatan pelayanan antenatal oleh tenaga kesehatan - baik bidan, perawat dan dokter. Pada pelaporan tahun 2001 pencapaian cakupan K1 sebesar 99,3% dan cakupan K4 sebesar 90,3% .

Adapun tanggapan pengelola KIA tentang cakupan K1 dan K4 adalah sebagai berikut :

Memang sampai sekarang belum ada pelaporan mengenai cakupan bidan PTT di desa tentang pencapaian hasil K1 dan K4. Saya berharap ada mekanisme yang bisa digunakan untuk melihat hasil pencapaian cakupan bidan PTT di desa tersebut.....

Menurut pengelola KIA yang menjadi alasan tentang tidak adanya pelaporan secara khusus tentang cakupan K1 dan K4 oleh bidan PTT di desa tersebut adalah pengelola KIA memandang bahwa pelaporan selama ini sudah dianggap mewakili kinerja petugas kesehatan khususnya bidan secara menyeluruh.

Bila kita melihat hasil survey bahwa rata-rata pemberian TT (*Tetanus toksoid*) pada ibu hamil diberikan minimal 2x saat menjelang perkawinan dan saat kehamilan sebesar 67,9 %. Maka tanggapan dari pengelola KIA adalah sebagai berikut :

Memang sering kali ibu hamil di desa tidak memperhatikan masalah tersebut padahal petugas kami sudah memberikan pengertian tentang pentingnya pemberian imunisasi TT (*tetanus toksoid*) baik dengan penyuluhan dan leaflet – leaflet di Puskesmas. Ya....begitulah, butuh waktu untuk menyadarkan masyarakat terutama di desa

Sedangkan hasil pelaksanaan penyuluhan oleh bidan dalam upaya peningkatan derajat kesehatan ibu hamil jarang dilaksanakan sebesar 67,7%. Menurut pengelola KIA bahwa bidan di desa memang jarang melakukan penyuluhan pada ibu hamil, hal ini dikarenakan bidan lebih banyak melaksanakan fungsi pengobatan pada balita dan menolong persalinan.

Dari segi kebutuhan supervisi, menurut pengelola KIA, bahwa kegiatan supervisi ke puskesmas dilakukan 4 kali dalam setahun. Seksi KIA melakukan supervisi sampai ke tingkat desa atau polindes dilakukan secara insidental apabila dibutuhkan.

Adapun gambaran kegiatan supervisi, terlihat dari hasil wawancara sebagai berikut :

Selama ini kita rutin supervisi ke puskesmas, bahkan ke desa – desamenurut kami supervisi ini lah salah satu cara untuk mengetahui kerja dari bidan di desakalau tidak begitu jika ada masalah kita yangkena....

Dengan supervisi ini diharapkan dapat menampung beberapa permasalahan yang terjadi dilapangan. Permasalahan yang muncul berhubungan dengan tehnis profesional dan adminstrasi serta masalah yang berhubungan langsung dengan masyarakat dalam hal pelayanan bidan di desa.

Bila kita melihat hasil *survey* bahwa supervisi hanya melihat keadaan
 ° polindes saja yaitu 55,4%, frekuensi supervisi yang dilakukan oleh petugas dari Dinas Kesehatan jarang dilakukan yaitu 75,4 % dan pemantauan kegiatan KIA hanya dilakukan oleh bidan sendiri sebesar 46,2 %. Menurut pengelola KIA, hal ini disebabkan kurangnya tenaga dari dinas serta tugas dan fungsi kepala puskesmas dalam memberikan bimbingan dan pengawasan belum optimal.

Berikut tanggapan dari pengelola KIA mengenai pemantauan hasil KIA di wilayah kerja bidan di desa sebagai berikut :

Ya.... anda sendiri tahu betapa susahny mengharapkan seorang dokter kepala puskesmas untuk bisa berperan maksimal di wilayah kerja puskesmasnya..... apalagi memantau KIA di desapelayanan medis di puskesmas saja sering kali di tinggalkan ...

Menurut pengelola KIA bahwa dokter berperilaku seperti tersebut karena sudah terbiasa sejak dulu. Sedangkan mekanisme *reward punishment* bagi dokter yang tidak menjalankan pekerjaan dengan baik di puskesmas belum dilakukan dengan optimal. Bahkan pekerjaan dokter di puskesmas sering kali dilakukan oleh tenaga perawat.

Sedangkan kinerja ditinjau dari segi hubungan interpersonal, menurut pengelola KIA, bahwa hubungan kerja antara bidan di desa khususnya bidan PTT secara umum baik. Bila kita melihat hasil survey, rata – rata pekerjaan yang berhubungan dengan tim dilakukan dengan sendiri – sendiri sesuai dengan pembagian tugas, yaitu 61,5%.

Adapun tanggapan pengelola KIA adalah sebagai berikut:

Menurut kami memang cara tersebut sangat efektif.....hal ini karena banyak kesibukan yang harus dilakukan oleh bidan di desa. Bila ada masalah yang penting - penting saja biasanya konsultasi ke bidan pembina di Dinas Kesehatan Kabupaten.....ini yang sudah kami dilakukan dan hasilnya cukup optimal....

1.2. Beberapa faktor yang mempengaruhi kinerja bidan PTT di desa meliputi ; kepemimpinan, motivasi, persepsi sebagai bidan PTT di desa dan insentif.

Dari segi kepemimpinan kepala Kepala Puskesmas, dari kedua pengelola KIA menyatakan bahwa kepala puskesmas mempunyai kewajiban membimbing semua staf puskesmas agar tetap bekerja sesuai dengan tanggungjawab masing –masing. Termasuk dalam hal ini adalah membimbing bidan PTT di desa dalam usaha meningkatkan pelayanan KIA di wilayahnya.

Gambaran pernyataan pengelola KIA dapat dilihat sebagai berikut :

Kepala Puskesmas sering kali hanya menuntut dan menyalahkan bidan di desa ketika terjadi kesalahan dalam menjalankan tugas di lapangan..... sedangkan membuat laporan saja saya juga bingung...

Hal demikian juga terlihat dari hasil survey bahwa rata – rata pimpinan tidak memperhatikan terhadap karyawannya yaitu 76,9%.

Menurut pengelola KIA bahwa responden ketika memenuhi kendala dilapangan, mereka berkonsultasi ke bidan koordinator bukan dengan kepala puskesmas.Walaupun secara tugas dan fungsi bidan bertanggungjawab kepada kepala puskesmas. Sehingga secara emosional bidan PTT di desa lebih memiliki hubungan yang dekat dengan bidan koordinator.

Sedangkan dari segi motivasi menurut pengelola KIA bahwa bidan PTT di desa mempunyai motivasi yang cukup tinggi, walaupun terkadang dia mengeluh tentang status kepegawaiannya yang kontrak. Hal demikian juga terlihat dalam hasil survey bahwa bidan PTT di desa cukup puas dengan hasil kerja dan pekerjaannya yaitu 60,0%. Ada hal lain yang dapat meningkatkan motivasi bidan PTT di desa yaitu bidan mendapatkan tambahan finansial di luar pekerjaannya. Pada hasil survey tentang variabel persepsi didapatkan bahwa responden mengatakan bahwa pekerjaan ini memberikan hasil secara finansial yaitu 70,7 %.

Dari segi insentif menurut pengelola KIA bahwa insentif yang diberikan bidan PTT di desa tidak bisa diharapkan, apalagi memenuhi kecukupan kebutuhan sehari –hari. Hal demikian dikarenakan bidan PTT di desa sebagai bagian dari elemen sumber daya kesehatan puskesmas hanya melayani masyarakat yang membutuhkan pelayanan utama dan rawat jalan. Beberapa puskesmas mampu menggali pemasukan dana lewat upaya pelayanan dasar dan rawat inap. Sehingga pendapatan insentif petugas kesehatan di puskesmas rawat inap relatif lebih besar dari pada bidan PTT di desa.

Dibawah ini hasil kutipan wawancara dengan pengelola KIA sebagai berikut:

Saya memahami keberadaan bidan PTT di desa terutama terhadap statusnya..ya....bagaimana lagi memang seperti itu kebijakan pemerintah.. tetapi saya justru punya penilaian bahwa dengan status mereka ada harapan lebih baik dari petugas kesehatan yang lain, dengan perawat misalnya....bidan di desa bisa praktek kebidanan di daerahnya sehingga mereka mendapat tambahan finansial ...ini mungkin salah satu yang bisa memberi motivasi mereka untuk bekerja...walau pun terkadang keadaan tersebut memunculkan persaingan di tingkat desa...

2. Diskusi Terarah (*Focus Group Discussion*)

Diskusi terarah dilakukan pada 10 bidan PTT di desa yang diambil secara *purposive*. Tujuan diskusi terarah ini untuk menyusun rekomendasi upaya peningkatan bidan PTT di desa . Penyusunan didasarkan atas kajian dari hasil *survey* dan wawancara mendalam dengan pengeloa KIA yang menunjukkan adanya persamaan pendapat serta dianalisa bersama sebagai permasalahan. Sedangkan masalah menurut *Downs* adalah perbedaan antara kenyataan yang ada dengan kenyataan yang diinginkan disebut sebagai kesenjangan kinerja (*performance gap*). Masalah tersebut di tindak lanjuti dengan menyusun alternatif penyelesaian masalah dan selanjutnya dijadikan pedoman untuk menyusun rekomendasi.

Langkah yang digunakan dalam berdiskusi adalah sebagai berikut:

- 1) Identifikasi masalah
- 2) Menentukan prioritas masalah
- 3) Menentukan alternatif pemecahan masalah

4) Menyusun rencana kerja

Adapun uraian langkah - langkah dari rangkaian kegiatan tersebut adalah sebagai berikut :

1) Identifikasi masalah

Melakukan pemaparan data yang dapat memberikan informasi terhadap kesenjangan (*gap*) . Data di kelompokkan dan disajikan dalam bentuk tabel sebagai berikut :

Tabel 4.14 Uraian Penyajian Data Diskusi Kelompok Terarah

NO.	Uraian kegiatan	%
Hasil survey kuesioner		
1	Menentukan perkiraan kehamilan dengan menanyakan umur ibu	44,6%
2.	Menentukan perkiraan umur kehamilan dengan menanyakan jenis kontrasepsi yang dipakai	55,4%
3.	Anjuran <i>morning sickness</i> dengan menganjurkan bangun tidur mengangkat kepala pelan – pelan	44,6%
4.	Anjuran umur bagi WUS untuk mengurangi resiko preeklamsi kehamilan yaitu pada umur 20 –35 tahun	29,2%
5.	Deteksi keluar air ketuban dengan melihat air ketuban berwarna kekuningan	43,1%
6.	Tindak lanjut kasus beresiko tinggi hanya dengan rujukan dan minim pemeriksaan berkala oleh bidan di desa	43,1%
7.	Deteksi preeklamsi dengan melihat tekanan darah lebih dari sama dengan 140/90 mmhg	46,2 %
8.	Cakupan K4 kurang dari 60%	56,9%
9.	Cakupan persalinan yang ditolong oleh nakes kurang dari 60%	63,1%
10.	Kunjungan neonatus dengan cakupan 39 – 60%	66,2%
11.	Pemberian tablet multivitamin satu tablet selama kehamilan	44,6%
12.	Pemberian tablet besi (Fe) diberikan selama kehamilan	35,3 %
13.	Penyuluhan tidak pernah dilakukan	67,7%
14.	Penanganan kasus <i>high risk</i> dengan kunjungan satu minggu sekali	30,7%
15.	Proporsi kerja bidan PTT lebih banyak sebagai petugas administrasi	46,2%
16.	Supervisi DKK hanya melihat keadaan polindes	55,4%
17.	Pemantauan kegiatan KIA oleh bidan sendiri	75,4%
18.	Insentif tidak mencukupi kebutuhan	100,0%
19.	Pimpinan tidak memperhatikan karyawan	78,2%
20.	Peningkatan peran serta masyarakat di posyandu dengan kerja sama kader kesehatan desa	33,8%
21.	Waspada terhadap perdarahan pervaginasi diindikasikan sebagai tanda dari kemungkinan persalinan	32,9 %
22.	Anjuran terjadi preeklamsi dengan mengurangi makanan bersodium	50,7%
23.	Distribusi Fe diberikan saat berkunjung di posyandu	36,5%
24.	Bidan membutuhkan pimpinan pada saat terjadi masalah dalam mengerjakan pekerjaannya	38,5%
25.	Bidan mengerjakan tugas tim sesuai dengan mekanisme <i>tim work</i>	36,9%
Kesimpulan Wawancara Mendalam		
1.	Bidan memberikan informasi dalam bentuk leaflet kepada ibu hamil tentang manfaat dan fungsi imunisasi TT akan tetapi penyuluhan tentang perawatan selama kehamilan jarang dilakukan	
2.	Petugas KIA sudah melakukan supervisi akan tetapi memang belum optimal	
3.	Pengelola KIA memahami keluhan status PPT bidan di desa tetapi kebanyakan bidan PTT di desa menyadari tentang kebijakan tersebut.	
4.	Pengelola KIA dan Dinas Kesehatan Kabupaten merasa kesulitan untuk meningkatkan peran serta dokter puskesmas dalam pembinaan bidan di desa	
5.	Kebanyakan pimpinan puskesmas kurang memperhatikan bidan – bidan di desa	
6.	Menurut pengelola KIA, bidan PTT di desa merasa bingung tentang bagaimana cara membuat laporan kegiatan KIA yang benar. Sehingga hal ini banyak menyita waktu mengerjakannya	
7.	Bidan di desa jarang melakukan penyuluhan pada ibu hamil tentang usaha untuk meningkatkan derajat kesehatannya.	

Sedangkan kesimpulan dari wawancara mendalam bersifat mendukung masalah yang didapatkan dari hasil survey. Masalah didapatkan dengan melihat adanya kesenjangan dari data yang didapatkan dengan membandingkan nilai standar yang telah ditentukan yaitu sebesar 60 %. Sehingga data yang disajikan diatas secara keseluruhan merupakan permasalahan. Selanjutnya masalah tersebut diberikan notasi M1 – 20.

2) Menentukan prioritas masalah

Masalah yang ada diprioritaskan berdasarkan Metode *Delbecq*. Langkah yang dilakukan dalam metode ini adalah sebagai berikut :

2.1 Identifikasi dan menginventarisasi kriteria

Inventarisasi melihat pendapat dari tingkat keseriusan terhadap kriteria yang terkait dengan masalah dari masing – masing peserta diskusi. Untuk mempermudah perhitungan maka tingkat keseriusan diberikan skor yaitu 1 – 5 . Semakin tinggi skor semakin serius kriteria tersebut dipergunakan . Dari enam kriteria yang dipakai hanya empat yang dipergunakan dengan hasil inventarisasi terlihat dalam tabel berikut :

Tabel 4.15 Inventarisasi Kriteria

Kriteria	Peserta										Total Skor
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1. Besarnya masalah	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	50
2. Kegawatan	5	5	5	4	5	5	5	4	5	5	44
3. Besarnya biaya	4	3	3	4	4	5	4	5	4	4	40
4. Kemudahan	3	4	3	3	4	4	4	3	3	4	35
5. Adanya PSM	3	3	3	3	2	3	4	3	4	3	31
6. Penanggulangan yang dapat menunjang sektor non kesehatan	2	2	3	2	2	3	3	3	3	2	25

Selanjutnya kriteria tersebut di berikan notasi K1 – 4. Sehingga kriteria yang dipergunakan adalah sebagai berikut :

- K1 = Besarnya masalah
- K2 = Kegawatan
- K3 = Besarnya biaya
- K4 = Kemudahan

2.2. Pembobotan dan skoring

Dengan menggunakan kriteria yang telah tersusun sesuai dengan *konsensus* peserta, kemudian masing – masing kriteria diberikan bobot antara 1 – 5 dan dilakukan pemberian skor antara 1 – 10. Adapun rekapitulasi hasil pembobotan dan *skoring* terlihat pada tabel sebagai berikut :

Tabel 4.16 Rekapitulasi Hasil Skoring Dan Pembobotan

No.	Masalah	Total Skor Rata - Rata
1.	Menentukan kehamilan	67,5
2.	Menentukan perkiraan umur kehamilan	74,25
3.	Pengelolaan ibu hamil dengan morning sickness	73,25
4.	Anjuran umur kehamilan bagi WUS	83,4
5.	Deteksi Air Ketuban	93,0
6.	Folow up kasus dengan resiko tinggi kebidanan	90,75
7.	Deteksi preeklamsi	98,25
8.	Cakupan K4 kurang 60%	334,75
9.	Cakupan persalinan Nakes kurang 60%	272,0
10.	Kunjungan Neonatus dengan cakupan 39 – 60%	226,5
11.	Pemberian tablet Multivitamin	75,75
12.	Pemberian tablet Fe (zat besi)	123,0
13.	Penyuluhan tidak pernah dilakukan	117,25
14.	Kunjungan kasus dengan resiko tinggi kebidanan	106,75
15.	Proporsi kerja bidan lebih pada administrative	68,75
16.	Supervisi DKK	134,75
17.	Pemantauan KIA hanya oleh bidan sendiri	296,0
18.	Insentif kurang	62,25
19.	Pimpinan tidak memperhatikan karyawan	161,25
20.	PSM di posyandu kurang	62,5
21.	Waspada perdarahan pervaginasi	66,25
22.	Anjuran preeklamsi	77,50
23.	Distribusi Fe melalui posyandu kurang	82,50
24.	Bidan membutuhkan bimbingan dari pimpinan bila ada masalah	74,25
25.	Mekanisme kerja <i>timwork</i> bidan	78,0

Dari hasil skoring dan pembobotan diatas diambil empat masalah sebagai prioritas sebagai berikut :

1. Rendahnya Cakupan K4 Ibu Hamil
2. Belum Optimal Pemantauan dan Pengawasan Kegiatan KIA
3. Rendahnya Cakupan Persalinan Yang Ditolong Oleh Tenaga Kesehatan
4. Rendahnya Cakupan Kunjungan Neonatus Oleh Tenaga Kesehatan

3) Alternatif pemecahan masalah

Dari masalah yang ada, setelah diprioritaskan maka langkah berikut adalah menentukan dan memprioritaskan alternatif pemecahan masalah. dari beberapa masalah kita menggunakan 4 (empat) masalah prioritas. Sedangkan metode yang dipakai keputusan pemecahan masalah adalah *Metode Reinke*.

Metode ini menggunakan nilai skor 1 – 5 dengan empat kriteria yaitu 1) Besarnya masalah, 2) Kegawatan masalah, 3) Sensitifitas pemecahan masalah

4) Biaya

Adapun hasil skoring prioritas alternatif pemecahan masalah terlihat dalam tabel berikut :

Tabel 4.17 Skoring dan Pembobotan Prioritas Alternatif Pemecahan Masalah Dengan Metode Reinke

Masalah : Rendahnya Cakupan K4 Ibu Hamil

Inventarisasi Alternatif	M	I	V	C	$P = (M \times I \times V) : C$	PRIORITAS
Bobot Rata – Rata						
1. Penyuluhan tentang pentingnya periksa hamil secara berkala	4,9	5	4,9	4	30,01	II
2. Peningkatan peran serta masyarakat (Toma) dan kader kesehatan desa	4,8	4	3,5	3,5	19,20	IV
3. Melakukan pembinaan posyandu	4,9	4	5	3	32,66	I
4. Pelatihan bidan PTT tentang prosedur pemeriksaan kehamilan	5	4,8	5	4,7	25,53	III

Masalah : Belum Optimal Pemantauan Dan Pengawasan Kegiatan KIA

Inventarisasi Alternatif	M	I	V	C	$P = (M \times I \times V) : C$	PRIORITAS
1. Optimalisasi peran dan fungsi Kepala Puskesmas	5	5	5	4,5	27,77	I
2. Buat jadwal kunjungan terpadu petugas dari Dinas Kesehatan dan Kepala Puskesmas	4	3,5	4	5	11,2	V
3. Pelatihan bidan tentang sistem pencatatan dan pelaporan kegiatan KIA	4,8	4,7	3,5	3	26,32	III
4. Sosialisasi dan desiminasi tentang petunjuk teknis sistem pencatatan dan pelaporan kegiatan KIA	4,9	4,5	4	3,5	25,20	IV
5. Peningkatan supervisi dari bidan koordinator dan petugas KIA dari Dinas Kesehatan	5	4,9	4,5	3	36,75	II

Masalah : Rendahnya Cakupan Persalinan Yang Ditolong Oleh Tenaga Kesehatan

Inventarisasi Alternatif	M	I	V	C	P = (MxIxV):C	PRIORITAS
Bobot Rata-Rata						
1. Penyuluhan ibu hamil tentang resiko persalinan yang tidak ditangani dengan benar	5	4,5	4	3	30,00	I
2. Desiminasi dengan "Group perreview" antar bidan tentang tehnik persalinan	4,5	4	4,5	3,5	23,14	III
3. Peningkatan fasilitas alat persalinan 'Bidan Kit'	4	5	3,5	3	23,33	II
4. Gratis persalinan di tenaga kesehatan	3	3,5	3	3	10,50	IV

Masalah : Rendahnya Kunjungan Neonatus

Inventarisasi Alternatif	M	I	V	C	P = (MxIxV):C	PRIORITAS
1. Menggiatkan peran posyandu oleh petugas kesehatan	5	4,5	4	3	30,00	II
2. Peningkatan transportasi bidan PTT di desa	4	5	4,7	2,5	37,60	I
3. Galakkan peran serta dukun bayi	3,5	4	4,5	3	21,00	IV
4. Pelatihan dukun bayi dalam penanganan neonatus	4,5	4,7	4,5	3,5	27,19	III

Dari beberapa alternatif penyelesaian masalah diatas maka disusun rencana kerja sebagai berikut, terlihat dalam tabel dibawah ini.

Tabel 4.18 Rekomendasi Rencana Kerja Peningkatan Bidang PTT Di Desa

No	Kegiatan	Tujuan	Rincian Kegiatan	Sasaran	Waktu	Biaya	Pelaksana
1.	Penyuluhan Ibu Hamil	Peningkatan, pengetahuan dan kemampuan dan ketrampilan pada ibu hamil tentang perawatan selama kehamilan dan persalinan	Penyuluhan tentang pentingnya pemeriksaan kehamilan secara berkala	Semua ibu hamil diwilayah kerja bidan di desa	Sebulan	APBD	Petugas KIA dan Bidan
			Penyuluhan tentang resiko persalinan yang tidak ditangani dengan benar oleh tenaga kesehatan (nakes) (tabel 4.17.No.1.3 & 2.1)	Semua ibu hamil di wilayah kerja bidan di desa	Sebulan	APBD	Petugas KIA dan Bidan
2.	Optimalisasi peran, fungsi dan tugas Kepala Puskesmas dan petugas pengelola KIA	Pemahaman tupoksi tentang fungsi pengawasan dan supervisi terhadap pelayanan KIA oleh bidan di desa	Brain storming antar kepala Puskesmas dan DKK		Catur wulan	APBD	DKK
			Penjadualan supervisi secara terpadu		Satu bulan sekali	APBD	DKK dan Ka Puskesmas

			(tabel 4.17 no. 1.2 & 2.1)				
3.	Pengadaan transportasi dan bidan Kit	Memenuhi fasilitas transportasi kepada nakes untuk mendukung pelaksanaan kegiatan	Pengadaan transportasi: sepeda motor dinas bagi bidan PTT di desa	Semua bidan PTT dan DKK	Satu tahun sekali	RAPBD	DKK dan Ka Puskesmas
			Pengadaan bidan Kit (tabel 4.17 no. 1.4 & 2.3)	Semua bidan	Setahun sekali	RAPBD	DKK
4.	Pembinaan Posyandu oleh Nakes	Meningkatkan fungsi posyandu sebagai sarana pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan ibu dan anak	Pelaksanaan Posyandu secara rutin (tabel 4.17 no. 2.4)	Semua bidan dan kader kesehatan desa	Seminggu sekali	Puskesmas	DKK & Puskesmas
5.	Pelatihan Bidan PTT	Peningkatan pengetahuan, ketrampilan dan kemampuan bidan tentang pemeriksaan kehamilan dan teknik persalinan	Off job training tentang teknik pemeriksaan obstetrik dan persalinan (tabel 4.17 no. 3.1 & 3.2)	Semua bidan	Catur wulan	APBD	DKK dan Ka. Puskesmas
6.	Sosialisasi dan desiminasi	Memberi informasi dan pencerahan kepada petugas KIA tentang cara pencatatan dan pelaporan kegiatan KIA serta teknik persalinan yang tepat sesuai prosedur	Kelompok Desiminasi "Group perreview" tentang persalinan	Semua bidan PTT di desa	Tri Wulan	Puskesmas	Puskesmas dan Koor. Bidan

			Desiminasi tentang cara pencatatan dan pelaporan kegiatan KIA (tabel 4.17 no. 3.3 & 4.2)	Semua bidan	Tri wulan	APBD	DKK, Puskesmas dan Koor. Bidan
7.	Pelatihan dukun bayi	Meningkatkan keterampilan dan pengetahuan dukun bayi dalam melakukan praktek perawatan bayi/neonatus	Off job training (tabel 4.17 no.3.4)	Semua dukun bayi	Tri wulan	APBD dan Puskesmas	DKK, Puskesmas dan bidan
8.	Peningkatan PSM masyarakat lewat toma dan toga	Peningkatan peran serta masyarakat dalam rangka peningkatan derajat kesehatan ibu dan anak	Sarasehan / selapanan (tabel 4.17 no.4.1)	Semua bidan dan toma	Sebulan sekala	Puskesmas	Bidan dan petugas KIA
9.	Pemberian subsidi pada masyarakat yang tidak mampu dalam peleyanan persalinan	Pembiayaan bagi masyarakat yang tidak mampu/miskin dalam proses bersalin oleh tenaga nakes	Gerakan gratis persalinan oleh nakes (tabel 4.17 no. 4.3)				

BAB V

PEMBAHASAN

A. Gambaran Kinerja Bidan PTT Di Desa Dalam Pelayanan Antenatal

Dari hasil penelitian tentang kinerja bidan PTT di desa dapat diketahui bahwa kinerja responden yang termasuk dalam katagori baik yaitu 34% sedangkan katagori sedang sebesar 58%. Keadaan diatas bila kita melihat secara keseluruhan menunjukkan hasil yang cukup memuaskan. Hal ini dapat dilihat pada hasil pencapaian kinerja bidan PTT di desa sebagai berikut :

1. Kinerja dari aspek kuantitas dan kualitas.

Menurut pengelola KIA pencapaian cakupan yang cukup memuaskan yaitu pada cakupan K1 dengan pencapaian 81 - 100 % sebesar 75,4 kunjungan neonatus dengan cakupan 39 - 60% sebesar 66,2% dan persalinan yang di tolong oleh tenaga kesehatan dengan target cakupan kurang 60% adalah sebesar 63,1 % sekarang ini dikarenakan adanya proses pembinaan yang terus menerus dalam bentuk supervisi dari Dinas Kabupaten. Supervisi dilaksanakan ke puskesmas dan ke desa – desa. Pengelola KIA menyadari bahwa supervisi yang ada belum memadai hal ini terlihat dari hasil survey yaitu supervisi hanya melihat polindes sebesar 55,4%. Sehingga kegiatan supervisi ini perlu ditingkatkan dari aspek pembinaan teknis administrasi dan kemampuan pengelolaan ibu hamil di masyarakat. Adanya motivasi yang tinggi dari

bidan PTT di desa untuk melakukan kegiatan sesuai pekerjaannya juga mempengaruhi pencapaian kuantitas kinerja yang diperoleh. Motivasi yang tinggi ini terlihat dari rata – rata responden menikmati kepuasan bekerja yaitu sebesar 60,0% sedangkan 70,4% responden menikmati pekerjaannya. Kinerja bidan di desa secara kualitas didapatkan bahwa hasil kemampuan untuk mendeteksi kehamilan hanya menanyakan umur ibu saja yaitu sebesar 44,6% sedangkan tindakan mewaspadai perdarahan pervaginasi hanya menanyakan jumlah darah yang dikeluarkan tanpa mendeteksi faktor lain yaitu 63,1%. Keadaan ini sangat dimengerti oleh pengelola KIA sehingga perlu dilakukan peningkatan kemampuan bidan PTT di desa utamanya dalam melakukan pemeriksaan kehamilan dan riwayat perkembangan obstetrik . Hasil survey terlihat bahwa kebutuhan bidan akan pelatihan bidan PTT di desa yaitu tentang pelatihan teknik persalinan dan pemeriksaan obstetrik sebesar 96,9%. Hal demikian menggambarkan bidan merasa membutuhkan ketrampilan tersebut untuk lebih meningkatkan pelayanannya.

2. Kinerja dari aspek ketepatan waktu dan dampak hubungan interpersonal.

Menurut pengelola KIA penggunaan waktu bidan PTT di desa cukup efektif. Hal ini dikarenakan setiap pekerjaan dijadualkan atau direncanakan, baik secara harian maupun bulanan ataupun tahunan yaitu 72,3%. Sedangkan porsi pekerjaan yang bersifat administrasi lebih

besar dari pada pelayanan terutama pada bidan yang baru memulai pekerjaannya. Menurut pengelola KIA bidan PTT di desa yang baru bekerja seringkali hanya mencatat berapa jumlah ibu hamil dan balita serta sumber daya yang mendukung terhadap pekerjaannya. Beberapa bidan PTT di desa juga melakukan praktek persalinan di rumah terutama yang sudah lama bekerja. Keadaan tersebut sering kali terjadi ketidakseimbangan antara pekerjaan utama dan berdampak terhadap hubungan antar bidan di desa. Menurut pengelola keadaan ini perlu adanya bimbingan dan pengarahan antara praktek bidan di rumah dan pelayanan saat di dinas. Disadari bahwa praktek bidan di rumah adalah bentuk dari kegiatan bidan di desa yang bisa dilakukan untuk menambah penghasilan. Rata – rata bidan PTT di desa mengatakan bahwa pekerjaan yang dia kerjakan memberikan hasil secara finansial yaitu 70,7%. Walaupun demikian mayoritas bidan PTT di desa memperlakukan status pegawai kontraknya.

3. Kinerja dari aspek efektivitas biaya.

Menurut pengelola KIA bahwa salah satu upaya agar tercapai sasaran secara efektif adalah dengan lebih menggalakkan kegiatan - kegiatan yang bersifat preventif dan promotif disamping mendeteksi dan mengobati setiap kelainan secara tepat dan tepat. Upaya yang selama ini dilakukan oleh bidan di desa adalah dengan memberikan pemberian tablet besi (Fe) dan multivitamin-mineral dengan tepat sampai sasaran. Pemberian tablet besi (Fe) dari segi biaya sangat efektif dibandingkan

dengan dampak dari adanya anemia ibu hamil. Vitamin dan mineral diberikan untuk meningkatkan daya tahan tubuh ibu hamil pada saat kehamilan. Pemberdayaan masyarakat dilakukan sebagai bentuk peran serta aktif dalam mewujudkan derajat kesehatan ibu yang setinggi - tingginya. Bentuk peran serta tersebut adalah dalam kegiatan - kegiatan posyandu, perkumpulan pengajian selapanan dan ibu - ibu arisan PKK. Dalam wadah tersebut dilakukan penyuluhan tentang pentingnya kesehatan ibu dan anak, cara penanggulangan persalinan dan kapan meminta pertolongan yang tepat . Hasil survey tindak lanjut kasus masalah resiko tinggi dengan melakukan rujukan yaitu sebesar 100% sedangkan melakukan bimbingan kesehatan bagi resiko tinggi yaitu 30,7%. Kegiatan lain dalam upaya peningkatan efektivitas biaya program adalah dengan melakukan pelatihan kader - kader kesehatan . Sekarang ini semua pelatihan kader kesehatan telah menggunakan petunjuk teknis yang sudah tersedia.

B. Hubungan Umur Dengan Kinerja.

Jelas bahwa umur seseorang demikian besarnya peranannya dalam memengaruhi kinerja. Umur menyangkut adanya perubahan - perubahan fisik dan kematangan dalam kemampuan menyelesaikan permasalahan. Performasi pada umumnya kita hubungkan dengan kondisi kekuatan fisik dan mental yang dihubungkan dengan hasil dari setiap kegiatan kerja. Pada umumnya orang tua mempunyai pengalaman, sedangkan dewasa

muda atau remaja mempunyai kekuatan dari kondisi fisik. Akan tetapi kontribusi terhadap performa dari dua faktor tersebut tidak bisa di pisahkan. Artinya kinerja seseorang dari dimensi ini harus dilihat dari dua aspek tersebut. Pada penelitian di Illionis, bahwa pekerja muda lebih banyak mangkir dan terlambat masuk kerja daripada umur tua. Pada sisi lain pekerja tua tingkat kepuasan terhadap pekerjaan lebih tinggi. Hubungan antara umur dan kepuasan kerja menunjukkan hasil yang positif. Menurut Muchlas (1997) mengatakan bahwa seseorang yang puas dengan pekerjaannya akan lebih produktif dari pada karyawan yang tidak puas.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden yang berumur lebih dari 25 tahun mempunyai kinerja sedang yaitu sebesar 56,0% sedangkan kinerja baik sebesar 38,0 %. Sedangkan responden yang berumur kurang dri sama dengan 25 tahun mempunyai kinerja sedang yaitu 56,0 % dan kinerja baik sebesar 60,0 %. Dari hasil ini tergambarkan bahwa peningkatan umur menggambarkan tingkat pencapaian kinerja pegawai. Namun hubungan umur terhadap kinerja bidan PTT di desa tidak menunjukkan hasil yang berpengaruh signifikan dengan $p = 0,1$. Hal ini di sebabkan kurangnya variasi umur bidan PTT di desa. Kisaran umur pada responden adalah antara 26 - 28 tahun yaitu sebesar 52,3 %. Sedangkan umur terendah adalah 24 tahun dan umur tertinggi adalah 30 tahun.

C. Hubungan Masa kerja dengan Kinerja.

Produktivitas kerja seseorang biasanya dihubungkan dengan kemampuan seseorang menguasai pekerjaannya. Penguasaan pekerjaan ini membutuhkan waktu dan kesempatan dalam belajar. Seseorang bekerja selain mengerjakan tugas dan fungsinya akan tetapi ada proses memahami dan menganalisa pekerjaannya. Masa kerja biasanya dikaitkan dengan waktu mulai bekerja, dimana pengalaman masa kerja ikut menentukan kinerja seseorang.

Hasil penelitian menunjukkan responden dengan masa kerja kurang dari kurang 3 tahun /1 periode mempunyai kinerja sedang 52,2% dan kinerja baik sebesar 30,3%. Sedangkan responden dengan masa kerja 2 periode / 3 - 6 tahun mempunyai kinerja baik yaitu 35,7% dan kinerja sedang sebesar 61,9%. Menurut Robbin (2001) semakin lama masa kerja seseorang maka kecakapan mereka akan lebih baik karena sudah menyesuaikan diri dengan pekerjaannya. Pada penelitian ini didapatkan hubungan antara masa kerja bidan PTT di desa dengan kinerja menunjukkan adanya pengaruh dengan signifikansi $p = 0,0017$. Masa kerja yang cukup menjadikan kemampuan menyelesaikan masalah pekerjaan menjadi cukup baik. Seseorang akan mencapai tingkat kepuasan tertentu mana kala mampu menyelesaikan dan beradaptasi dengan lingkungan dalam hal ini termasuk pekerjaannya. Sehingga kepuasan ini mempengaruhi pencapaian kerja seseorang .

D. Hubungan Motivasi Terhadap Kinerja Bidan PTT di Desa.

Menurut teori Atribusi atau Expectancy Teori mengatakan bahwa kerja di rumuskan sebagai berikut : $P = M \times A$ (dimana, P adalah *Performance*, M=Motivasi dan A= *Ability*), sehingga *performance* adalah hasil interaksi antara motivasi dan *ability*. Seseorang yang tinggi motivasinya tetapi mempunyai kemampuan rendah maka akan menghasilkan *performance* yang rendah begitu pula halnya dengan orang yang sebenarnya *ability* tinggi tetapi motivasinya rendah maka *performance* yang dihasilkan juga rendah (*As'ad,1987*). Hal demikian dijelaskan bahwa motivasi sangat berpengaruh terhadap kinerja.

Menurut Muchlas (1997) dan Robbins (1996) terdapat tiga kunci utama tentang motivasi dalam perilaku organisasi, yaitu kemauan untuk berusaha, pencapaian tujuan organisasi dan pemenuhan kebutuhan pribadi individu dalam organisasi.

David C. McClelland (1987) berpendapat bahwa ada hubungan yang positif antara motif berprestasi dengan pencapaian kinerja. Sedangkan McClelland mengemukakan 6 karakteristik dari pegawai yang memiliki motif berprestasi tinggi yaitu : memiliki tanggungjawab pribadi yang tinggi, berani mengambil resiko, memiliki tujuan yang realistis, memiliki rencana kerja yang menyeluruh dan berjuang untuk merealisasikan tujuannya, memanfaatkan umpan balik dan mencari kesempatan untuk merealisasikan rencana yang telah diprogramkan.

Berdasarkan pendapat tersebut, pegawai akan mampu mencapai kinerja maksimal jika ia memiliki motif berprestasi.

Hasil hubungan motivasi dengan kinerja bidan PTT di desa menunjukkan hasil yang signifikan dengan nilai $p = 0,004$. Sedangkan gambaran motivasi menunjukkan dari responden dengan kinerja sedang sebesar 58,5 % mempunyai kinerja sedang sebesar 70,7% dan mempunyai motivasi tinggi sebesar 45,0 %. Hal demikian sesuai dengan konsep kinerja Gibson 1987 bahwa motivasi mempengaruhi kinerja karyawan dan penelitian Syah (1998) bahwa motivasi kerja memiliki hubungan yang signifikan terhadap kinerja bidan di desa.

Menurut pengelola KIA motivasi yang di miliki bidan PTT di desa ini di sebabkan beberapa hal antara lain ; 1) mempunyai tanggungjawab yang jelas di wilayah kerjanya, 2) pekerjaan yang dilakukan diyakini menghasilkan finansial yang memadai ,3) adanya supervisi dari DKK , 4) keinginan bidan PTT di desa meningkatkan ketrampilannya setelah lulus dari kuliah. Bidan PTT di desa mempunyai motivasi yang tinggi dikarenakan semua bidan mengatakan bahwa pekerjaannya mempunyai tambahan secara finansial diluar gaji yang didapatkan dengan cara praktek atau melayani pasien di rumah.

E. Hubungan Persepsi Sebagai Bidan PTT di Desa Dengan Kinerja.

Menurut buku pedoman bidan ditingkat desa disebut bidan desa adalah bidan yang ditempatkan dan bertugas didesa yang mempunyai

wilayah kerja satu sampai dua desa dalam melaksanakan tugas pelayanan kesehatan baik didalam maupun diluar jam kerja dan harus bertanggungjawab terhadap kepala puskesmas (Depkes, 1994). Sedangkan sesuai SK Menkes No. 1212/Menkes/SK/IX/2002 bidan PTT adalah bidan yang bukan pegawai negeri, diangkat oleh pejabat yang berwenang untuk melakukan pekerjaan sebagai bidan dalam rangka pelaksanaan program pemerintah. Bidan PTT mempunyai kewajiban dan hak yang diatur sesuai dengan Surat Keputusan diatas. Tugas dan kewajiban dalam menjalankan pekerjaannya khususnya pelayanan antenatal mempunyai wewenang dan beban kerja yang sama dengan bidan lain dalam mencapai sasaran target pelayanan .

Menurut Illyas (2000) persepsi didefinisikan sebagai suatu proses dimana individu mengorganisasikan dan menginterpretasikan impresi sensorinya supaya dapat memberikan arti kepada lingkungan sekitarnya. Meskipun persepsi sangat dipengaruhi oleh pengobjekan indra maka dalam proses ini dapat terjadi penyaringan kognitif atau terjadi modifikasi objek. Jika seseorang melihat sebuah target dan mencoba untuk memberikan sebuah interpretasi apa yang dilihat, proses interpretasi tersebut sangat dipengaruhi oleh karakteristik pribadinya (masing- masing pelaku persepsi). Misalnya pengalaman masa lalu, interest dan sikap. Sehingga persepsi diri dalam bekerja mempengaruhi sejauh mana pekerjaan tersebut memberikan tingkat kepuasan dalam dirinya. Pemahaman tentang keadaan bidan PTT di desa terhadap status dan

pemenuhan kebutuhannya dibandingkan dengan bidan di desa lainnya, memberikan kontribusi cara pandang terdapat bagaimana dirinya memberikan arti terhadap pekerjaannya.

Hasil penelitian menggambarkan responden dengan kinerja baik yaitu 33,8% mempunyai persepsi yang baik sebesar 50,0% dan persepsi sedang yaitu 11,5%. Sedangkan responden dengan kinerja sedang yaitu 58,4% mempunyai persepsi sedang sebesar 76,9% dan persepsi baik yaitu 42,8%. Data ini menggambarkan bahwa persepsi bidan PTT di desa cukup memuaskan. Sedangkan hubungan persepsi dengan kinerja bidan PTT di desa menunjukkan hasil yang berhubungan secara signifikan dengan $p = 0,010$.

Menurut pengelola KIA, jika kita melihat bahwa status PTT dirasakan menjadi kendala bagi bidan di desa. Tetapi melihat kondisi sekarang prospek bidan dengan status PTT dirasakan oleh responden sebagai kebijakan yang optimal dari pemerintah. Bidan yang dipekerjakan di instansi pemerintah mempunyai nilai atau dampak sosial di masyarakat. Dampak sosial ini adalah bidan lebih dikenal masyarakat. Jika di tinjau dari segi finansial maka bidan yang dikenal masyarakat cukup menguntungkan bagi praktek di rumah. Data survey menunjukkan 70,7 % mengatakan bahwa pekerjaan ini memberikan hasil secara finansial, sedangkan rata - rata responden tidak setuju bila pekerjaan ini hanya memberikan makna kontrak tanpa pertanggungjawaban secara profesional yaitu 60,1%.

F. Hubungan Insentif Dengan Kinerja Bidan PTT di Desa.

Imbalan yang diterima karyawan baik yang berupa honorarium maupun dalam bentuk fasilitas yang lain, akan berhubungan langsung dengan kebutuhan-kebutuhan pokok karyawan, seperti kebutuhan ekonomi untuk masa sekarang maupun untuk masa yang akan datang. Kebutuhan pokok yang relatif cukup terpenuhi akan menyebabkan karyawan lebih dapat berkonsentrasi terhadap pekerjaannya. Kopelman (1986) mengemukakan sub-variabel imbalan akan berpengaruh untuk meningkatkan motivasi kerja yang pada akhirnya secara langsung akan meningkatkan kinerja individu. Menurut penelitian para ahli, penentuan insentif juga berlaku bagi tenaga pimpinan, yang besarnya berkisar antara 50 sampai 60% dari gaji bulanan (Martoyo, 2000).

Hasil penelitian menunjukkan responden dengan kinerja baik 33,8% mendapatkan insentif dengan kategori baik yaitu 30,7% dan insentif sedang yaitu 36,2 %. Sedangkan responden dengan kinerja sedang yaitu 58,46% mendapatkan insentif baik sebesar 69,2% dan insentif sedang yaitu 57,4%. Hubungan insentif dengan kinerja bidan PTT di desa menunjukkan hasil yang signifikan dengan nilai $p = 0,015$.

Menurut pengelola KIA, insentif yang diberikan kepada bidan PTT di desa memang belum mencukupi kebutuhan sehari – hari yaitu sebesar 65 % dan hanya pimpinan yang memperoleh banyak yaitu 94 %. Akan tetapi bila kita melihat hasil penelitian diatas, responden menyadari bahwa insentif tidak hanya dari segi finansial atau material, akan tetapi juga dari

aspek lain yaitu dari aspek mendapatkan peluang karier sebesar 57,1%. Langkah yang harus ditempuh melihat keadaan bahwa insentif tidak memenuhi kebutuhan adalah dengan membagi rata insentif ini, sehingga tidak menambah permasalahan atau memperburuk hubungan antar karyawan. Hubungan yang tidak kondusif akan mempengaruhi kinerja secara perseorangan dan tim. (Robbin, 2001)

G. Hubungan Antara Kepemimpinan Dengan Kinerja Bidan PTT di Desa.

Menurut Siagian (2000) menyebutkan bahwa kepemimpinan adalah inti dari manajemen, karena kepemimpinan adalah motor penggerak bagi sumber daya manusia dan sumber daya alam lainnya. Kurangnya pemeliharaan dan perhatian pada tenaga kerja bisa menyebabkan semangat kerja rendah, cepat lelah dan bosan serta lamban dalam menyelesaikan pekerjaannya, yang pada akhirnya menurunkan prestasi kerja. Produktivitas yang menurun akan mempengaruhi produktivitas kerja. Hubungan kepemimpinan dengan kinerja bidan PTT di desa menunjukan signifikan dengan nilai $p = 0,006$. Sedangkan gambaran hasil motivasi terlihat bahwa kepedulian pimpinan yaitu 80,0%, pimpinan memberikan bimbingan 61,5% serta pimpinan membiarkan usulan para karyawan 61,5%.

Penelitian di Ohio State University, melihat efektivitas kepemimpinan melalui dua variabel yang disebut sebagai ; 1) struktur inisiatif dan 2) perhatian . Penelitian ini menemukan bahwa

kepemimpinan yang mempunyai perhatian tinggi, yang berarti memperhatikan karyawan, menghasilkan tingkat kepuasan karyawan yang tinggi dan tingkat serta perpindahan karyawan yang rendah. Sebaliknya, kepemimpinan yang mempunyai perhatian rendah, menghasilkan keluhan dan tingkat perpindahan kerja yang tinggi (Hanafi, 1997).

Menurut pengelola KIA usaha yang harus dilakukan untuk meningkatkan kualitas pembinaan pimpinan puskesmas terhadap karyawan adalah dengan memberikan bimbingan kepada pimpinan puskesmas setiap satu bulan sekali oleh petugas dari Dinas Kesehatan Kabupaten. Bimbingan lebih diarahkan kepada seorang pimpinan bagaimana mampu mengelola waktu dengan baik dan peningkatan motivasi kerja. Hal ini dikarenakan bahwa rata - rata kepala puskesmas, - kebanyakan profesinya dokter, mempunyai pekerjaan diluar pekerjaan sebagai kepala puskesmas. Dan pekerjaan ini sangat menyita waktu dinas, misalnya banyak dokter praktek di rumah melebihi jam praktek serta pada jam kerja puskesmas seorang dokter bisa jaga di rumah sakit atau klinik 24 jam. Hal serupa juga disampaikan oleh Gani dkk tahun 1986, meneliti tentang kinerja personel puskesmas yang rata – rata hanya 53,2 % yang bekerja sesuai dengan waktu kerja produktif.

H. Pengaruh Secara Bersama - sama Variabel Bebas Terhadap Variabel Terikat.

Uji regresi dipergunakan untuk melihat besar pengaruh secara bersama - sama. Hasil uji regresi berganda didapatkan bahwa dua variabel bebas yang memiliki pengaruh terhadap variabel terikat. Adapun variabel bebas tersebut adalah variabel motivasi dengan signifikansi nilai $p = 0,007$, sedangkan variabel kepemimpinan dengan signifikansi nilai $p = 0,010$. Dengan R - Square motivasi 9,5% maka variabel motivasi hanya berpengaruh 9,5% terhadap variabel kinerja. Sedangkan R- Square terhadap kepemimpinan adalah 17,4% maka variabel kepemimpinan ini mempunyai pengaruh 17, 4 % terhadap variabel kinerja. Sedangkan sisanya disebabkan faktor yang lain.

I. Rekomendasi Peningkatan Kinerja Bidan PTT di Desa.

1. Pengembangan SDM Bidan

Tujuan dari pengembangan sumber daya bidan ini untuk meningkatkan pengetahuan, kemampaun dan ketrampilan bidan dalam sistem pencatatan dan pelaporan bidan dalam pelayanan KIA dan tehnik pemeriksaan obstetrik dan persalinan. Munculnya rekomendasi tentang peningkatan SDM ini didasari adanya kebutuhan tenaga bidan PTT di desa terhadap ketrampilan tersebut. Hal demikian terlihat dari hasil survey tentang perlunya pelatihan persalinan dan pemeriksaan obstetrik sebesar 96,9%. Serta hasil wawancara dengan bidan mengatakan bahwa bidan

merasa bingung untuk mencatat dan melaporkan setelah melakukan kegiatan pelayanan antenatal.

Beberapa metode pembelajaran peningkatan kemampuan dalam tehnik persalinan dan pemeriksaan obstetrik yang digunakan adalah sebagai berikut ; 1) sistem pelatihan *off job training* . Pelaksanaan pelatihan ini di ruang simulasi yang di pandu oleh instruktur, 2) Desiminasi *Group review* pada setiap kelompok. Cara ini dilaksanakan antara 5 - 10 orang dalam satu kelompok untuk mendesiminasikan pengalaman mereka pada saat melakukan persalinan dengan bantuan pembimbing yaitu bidan koordinator atau dokter dari puskesmas. Metode tersebut menjadi pilihan karena selama ini sudah direncanakan akan tetapi pelaksanaannya belum dilakukan dengan baik.

Sedangkan ketrampilan dalam sistem pencatatan dan pelaporan dengan cara pelatihan dengan pola desiminasi setiap kali ada bimbingan dari petugas KIA. Latihan diberikan dengan memberikan langsung ketrampilan tersebut dilapangan tempat dimana bidan akan bekerja. Bentuk umpan balik dilakukan dengan memberikan contoh laporan kegiatan selama 1- 2 bulan setelah dilakukan proses desiminasi.

2. Optimalisasi Tupoksi Kepala Puskesmas dan Petugas Pengelola KIA

Tujuan dari rencana kegiatan ini adalah peningkatan pemahaman petugas tentang tugas pokok utamanya mengenai pengawasan dan supervisi terhadap kerja bidan di desa. Rekomendasi ini muncul

dikarenakan adanya hasil survey responden bahwa supervisi dari DKK jarang dilaksanakan yaitu 75,4% dan serta kurangnya pengawasan dan pembinaan dari Kepala Puskesmas terhadap kerja bidan di desa.

Metode yang digunakan dalam kegiatan ini adalah *Brain Storming* dan penjadualan secara berkala supervisi oleh petugas DKK dan kepala Puskesmas. Metode *Brain Storming* ini telah dikembangkan di Dinas Kesehatan Kabupaten dengan fokus kegiatan melakukan refleksi kembali dan melakukan kajian terhadap keadaan yang selama ini dilakukan dengan lebih mengedepankan aspek - aspek penyadaran secara moral atau psikologis seorang pemimpin. Disadari bahwa sulitnya peranan dokter puskesmas selaku struktural dan fungsional serta banyaknya dokter yang praktek di luar pada jam kerja membuat permasalahan ini perlu dilakukan kajian secara mendalam. Keadaan demikian juga di sampaikan oleh Ganni dkk tahun 1986 dengan meneliti waktu produktif petugas puskesmas. Hasil yang didapatkan adalah waktu produktif yang digunakan untuk bekerja secara produktif petugas puskesmas yaitu 53,2 %. Sehingga kajian tentang pemahaman tugas yang diawali dengan penyadaran melalui pendekatan brain storming di pandang lebih efektif. Tahap awal dari kegiatan *brain storming* adalah melakukan proses penyadaran secara mendalam terhadap apa – apa yang sudah dilakukan dan kenapa tidak dilakukan dengan melihat kelemahan dan kelebihan yang dimiliki oleh individu dan kelompok. Setiap peserta di dorong untuk dapat menyampaikan secara jujur dan mau menerima kritik secara ikhlas (

asertifness). Sedangkan penjadulan supervisi secara terencana dan terpadu untuk menekankan adanya iklim kerja yang terarah dan sistimatis.

3. Penyuluhan Ibu Hamil

Tujuan dari kegiatan ini adalah peningkatan pengetahuan, kemampuan dan ketrampilan pada ibu hamil tentang perawatan selama kehamilan dan persalinan. Penyuluhan pada ibu hamil menjadi penting karena hasil survey menunjukkan bahwa penyuluhan jarang dilaksanakan oleh bidan PTT di desa yaitu sebesar 67,7 %. Bila kita hubungkan dengan kinerja secara efektivitas biaya maka penyuluhan ini merupakan suatu pendekatan yang efisien. Langkah promotif dan preventif dalam penanganan ibu dengan kehamilan dan persalinan akan memandirikan ibu hamil dalam upaya – upaya meningkatkan derajat kesehatan dan pencegahan serta deteksi awal terhadap adanya resiko kehamilan.

4. Pelatihan Dukun Bayi dan Beranak

Tujuan dari pelaksanaan kegiatan ini adalah meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan dukun bayi dan beranak dalam melakukan praktek perawatan bayi /neonatus. Di daerah pedesaan dukun bayi dan beranak masih banyak diminati oleh masyarakat. Hal ini diperkuat adanya budaya masyarakat dimana setelah persalinan harus dilakukan pijat pada bayi seringkali disebut “ *walik dadah* “. Melihat kenyataan ini petugas kesehatan harus mampu memfasilitasi dalam bentuk pelatihan dukun bayi

dengan bekal perawatan ibu dan anak setelah melahirkan sesuai dengan standar kesehatan.

5. Pembinaan Posyandu oleh Tenaga Kesehatan

Tujuan dari kegiatan ini adalah meningkatkan fungsi posyandu sebagai sarana pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan. Posyandu keberadaanya didirikan oleh masyarakat sebagai bentuk kepeduliannya serta wujud peran serta aktif dalam meningkatkan derajat kesehatan di daerahnya harus dibina oleh petugas kesehatan agar peran dan fungsinya lebih optimal. Bentuk pembinaannya adalah dengan mengaktifkan kegiatan di setiap posyandu setiap satu minggu sekali. Kegiatan yang dilakukan di posyandu adalah timbang balita, pemberian vitamin dan Fe (zat besi) serta pemberian imunisasi pada balita dan ibu hamil. Di posyandu juga dapat dilakukan penyuluhan mengenai pentingnya kesehatan ibu dan balita. Dalam setiap kegiatan seorang kader kesehatan dapat dilibatkan untuk menjadi bagian dari aktivitas tersebut secara aktif misalnya pendistribusian tablet Fe (besi), vitamin A dan pencatatan warga yang hamil dan ibu meneteki.

6. Peningkatan Peran Serta Masyarakat Melalui Tokoh Masyarakat (Toma)

Tujuan dari kegiatan ini adalah meningkatkan peran serta masyarakat dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan ibu dan anak. Untuk mencapai tujuan yang diinginkan yaitu terciptanya masyarakat yang

mandiri di bidang kesehatan maka strategi yang harus diterapkan oleh petugas kesehatan adalah melibatkan secara aktif masyarakat dalam proses pencapaian tersebut. Agar kerja sama lintas sektor ini menjadi efektif maka diperlukan penggerak dalam masyarakat yang mampu sebagai *role model*, sehingga peranan tokoh masyarakat sangat dibutuhkan. Media yang dipakai adalah pengajian selapanan atau sarasehan - sarasehan. Di pengajian ataupun sarasehan tersebut dibahas mengenai masalah – masalah umat khususnya kesehatan ibu dan anak.

7. Pengadaan Bidan Kit dan Trasportasi

Setiap kegiatan selalu membutuhkan sarana dan prasana. Hampir 30 % desa di daerah Kudus khususnya daerah Colo- Lereng Gunung Muria merupakan daerah berbukit dan sulit dijangkau kendaraan umum, sehingga untuk memperlancar kegiatan bidan sangat dibutuhkan transportasi berupa sepeda motor. Bidan Kit diperuntukkan untuk mengganti peralatan yang sudah rusak atau belum terpenuhi secara standar kuantitas.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

1. Gambaran bidan PTT di desa dalam pelayanan antenatal di Kabupaten Kudus adalah sebagai berikut:
 - 1) Umur bidan lebih dari 25 tahun sebesar 77%.
 - 2) Masa kerja bidan lebih dari 3 – 6 tahun (dua periode) sebesar 65% dan 35% kurang dari 3 tahun (satu periode).
 - 3) Status marital bidan mempunyai status kawin 26% dan tidak kawin 74%.
 - 4) Motivasi bidan menunjukkan sebagian besar adalah sedang yaitu 63%.
 - 5) Persepsi bidan dalam pelayanan ante natal menunjukkan persepsi baik sebesar 49% dan sedang 40 %.
 - 6) Insentif bidan sebagian besar menunjukkan sedang yaitu sebesar 75% dan baik 20%.
 - 7) Kepemimpinan bidan menunjukkan katagori baik sebesar 52% dan sedang 46%.
 - 8) Kinerja bidan menunjukkan katagori sedang yaitu sebesar 58%.
2. Umur tidak memiliki hubungan yang signifikan dengan kinerja.
3. Masa kerja mempunyai hubungan yang signifikan dengan kinerja.
4. Motivasi mempunyai hubungan yang signifikan dengan kinerja
5. Persepsi mempunyai hubungan yang signifikan dengan kinerja.
6. Kepemimpinan mempunyai hubungan yang signifikan dengan kinerja.

7. Insentif mempunyai hubungan yang signifikan dengan kinerja.
8. Uji regresi linier berganda dengan menguji secara bersama variabel bebas terhadap variabel terikat menunjukkan hasil bahwa motivasi dan kepemimpinan mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap kinerja.

B. Saran – saran

1. Bagi Bidan PTT di Desa

- 1) Peningkatan mutu pelayanan antenatal dengan pengelolaan waktu pelayanan yang tepat dan efisien dengan menyusun program kerja secara terencana / skedule.
- 2) Peningkatan peran bidan dalam upaya-upaya promotif dan preventif melalui penyuluhan secara terencana, pelatihan dukun bayi, pembinaan posyandu dan peningkatan peran serta masyarakat (Toma).
- 3) Peningkatan pemahaman tentang manajemen rujukan dan *home care* bagi ibu hamil dengan resiko tinggi kebidanan melalui penyuluhan ibu hamil dan dukun – dukun bayi.
- 4) Peningkatan pembinaan posyandul melalui penggerakan kegiatan posyandu yang terpadu dengan PKK dan dasawisma

2. Bagi Kepala Puskesmas

- 1) Menjadwalkan kunjungan supervisi yang terintegrasi dengan supervisi dari Dinas Kesehatan Kabupaten.
- 2) Bersama DKK lebih aktif melakukan pemantauan kegiatan Antenatal

- 3) Melakukan pembinaan kemampuan tehnik kebidanan secara langsung melalui forum – forum kelompok kerja bidan desa setiap seminggu sekali di Puskesmas

3. Bagi pengelola KIA Dinas Kesehatan Kabupaten

- 1) Peningkatan bidan PTT di desa melalui pelatihan-pelatihan utamanya pelatihan pemeriksaan kehamilan dan riwayat obstetrik.
- 2) Meningkatkan peran serta kepala Puskesmas dan petugas KIA dalam pelaksanaan supervisi serta pemantauan kegiatan KIA
- 3) Menambah sarana dan prasana dalam bentuk bidan Kit dan transportasi untuk mendukung kegiatan bidan di desa.
- 4) Peningkatan mutu pelayanan melalui peningkatan skill dengan pelatihan dan atau desiminasi ilmu kebidanan antara sejawat.
- 5) Peningkatan insentif bidan secara memadai
- 6) Memprioritaskan pengangkatan Pegawai Negeri Sipil setelah menjalankan tugas kontrak (PTT)
- 7) Peningkatan pemahaman tentang manajemen rujukan dan *home care* bagi ibu hamil dengan resiko tinggi kebidanan

4. Bagi IBI (Ikatan Bidan Indonesia)

Peningkatan kerja sama diantara bidan di desa dan koordinator dari tingkat kecamatan dan kabupaten dalam hal :

- 1) Pembinaan bersama kompetensi bidan di desa

- 2) Pengaturan dan pengawasan praktek bidan di desa
- 3) Menjadwalkan kunjungan supervisi yang terintegrasi dengan supervisi dari Dinas Kesehatan Kabupaten.
- 4) Bersama DKK lebih aktif melakukan pemantauan kegiatan KIA

5. Bagi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat

- 1) Diperlukan penelitian lebih lanjut tentang kinerja bidan PTT di desa dalam melakukan antenatal dan beberapa faktor yang mempengaruhinya dengan lebih memperdalam dimensi – dimensi kualitatif dari kinerja.
- 2) Teknik penggunaan metode *Focus Groups Discus* pada sekelompok tenaga kesehatan tertentu khususnya bidan, akan kesulitan dalam mengorganisir sehingga dibutuhkan tenaga kesehatan yang mampu menjadi fasilitator. Kelemahan pada penelitian ini adalah menggunakan fasilitator /petugas pengelola KIA dinas Kesehatan Kabupaten sebagai fasilitator yang ikut serta dalam diskusi sehingga mempengaruhi hasil yang mengarah kepada subjektifitas. Maka pada penelitian yang menggunakan teknik tersebut seyogyanya fasilitator tidak diikutkan dalam diskusi kelompok.

Daftar Pustaka

- Azwar,A.1998, *Sikap manusia, Teori dan Pengukurannya*,Liberty, Yogyakarta
- ,1996 *Pengantar Administrasi Kesehatan*,Edisi 3 Bina Rupa Aksara Jakarta
- Berry,L. M and Houston J.P, 1993 *Psycology at work*,Wh.Brown Comunication Mc. Oxford. England
- Bernadin & Russel,1998, *Human Resources Management*,second edition,an experiential approach
- Cushway,B,1996; *Human Resource Management*,PT Elex Media Komputindo, Jakarta
- Depkes RI,1994, *Pedoman ANC di Tingkat Pelayanan Dasar*, Jakarta
- ,1995 *Rencana Pembangunan Lima Tahun ke Enam Bidang Kesehatan Tahun 1994/1995 – 1998/1999*, Jakarta
- ,1980, *Sejarah Kesehatan Nasional Indonesia*, Jilid II, Jakarta
- ,1996 *Petunjuk teknis bidan desa*, Jakarta
- Dessler,Gary,1998, *Manajemen Sumber Daya Manusia*, Edisi Bahasa Indonesia Jilid 2, PT. Prenhallindo, Jakarta
- Timple, D. A,1999, *Manjemen Sumber Daya Manusia*, Andi Offset, Yogyakarta.
- Dinas Kesehatan, 2001, *Laporan Profil Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Kudus*,Kudus.
- Dunham,R.B,1984, *Organizational Behaviour*,Richard D.Irwin Inc. Homewood,Iiinois
- Dharma,A, 1991, *Manajemen Prestasi Kerja*, Rajawali, Jakarta
- Edwars,A.L and A.J Klockars,1981, *Significant other and self evaluation: Realationships between perceived and actual evaluation*,*Personality ang Social Psychology*. Bulletin,7.244-251, in Ashford,S.J. Sef Asessments in organization: A Literature review and Integrative Model, In *Evaluation and Employment in Organization*, Ed Barry M.S and L.L. Cummings,JAI PRESS INC,1990

Gomes, Faustino Cardoso, 2000, *Manajemen Sumber Daya Manusia*, Andi Yogyakarta

Gaspersz, V., 1991, *Teknik Penarikan Contoh untuk Penelitian Survey*, Tarsito, Bandung

Gibson, James L., et al., 1996; *Organisasi; Perilaku, Struktur, Proses*, Jilid 1, Penerbit Erlangga, Jakarta

Hadi, Sutrisno, 1990 *Metodologi Research*, Andi Offset, Yogyakarta

Handoko, TH, 1995 *Manajemen Personalia dan Sumber Daya Manusia* Edisi 2, BPFE Jakarta

Hartono, B., Bakri, Z., 1994, *Analisis Kebijakan Pengadaan dan Penerapan Bidan Di Desa*, Balitbang Depkes, Jakarta.

Hanafi M.M., 1997, *Manajemen*, UPP AMP YKPN, Yogyakarta

Ilyas, Yaslis, 2001; *Kinerja: Teori, Penilaian dan Penelitian*, Cetakan kedua, Pusat kajian Ekonomi Kesehatan FKM UI, Depok.

Istiarti, Tinuk, 2000, *Menanti Buah Hati: Kaitan antara Kemiskinan dan Kesehatan*, Media Presindo, Yogyakarta.

-----, 1998, *Pemanfaatan Tenaga Bidan Desa di Kabupaten Semarang*, PPK-UGM Yogyakarta

Kartono kartini, 1983: *Pimpinan dan kepemimpinan*, CV. Rajawali Jakarta

Kopelman, Richard E., 1986; *Managing Productivity in Organization A Practical People Oriented Perspective*, New York: Mc. Graw-Hill Inc

Koeswaji, H. 2002, *Hukum untuk Perumahaakitan*, PT Citra Aditya Bakti, Bandung

Latham, Gary P., 1981: *Behavioral Strategies to Improve Productivity Organizational Dynamic* Winter, AMACOM.

Lawlor, Alan & F. Peka, 1998, *Manual Peningkatan Produktivitas*, SIUP Gower Publishing Company Limited, Binaman Teknika.

Manullang, M., 1994 *Management Personalia*, Ghalia Indonesia, Jakarta

- Moekijat,1999,*Manajemen Sumber Daya Manusia, Manajemen Kepegawaian*,Mandar Maju, Bandung
- Martoyo,S,*Manajemen Sumber Daya Manusia*,Ed 4,BPFE Yogyakarta
- Moleong,J.L,2001, *Metodologi Penelitian Kualitatif*, PT. Remaja Rosdaka,Bandung
- Miles,M.B,Hubermen,A.M,1985, *Quality Data Analysis*, Second Edition, sage Publication, New Delhi
- Muchlas,M,1997, *Perilaku Organisasi*,Edisi II,UGM,Yogyakarta.
- Mukti,A.G,1996,*Manajemen Mutu Pada Bidang Di Desa Penerapan Metode Belajar Berdasarkan Masalah*,Puslit Kependudukan UGM,Yogyakarta.
- Notoatmodjo,Soekijo *Metodologi Penelitian Kesehatan*,Rineka Cipta,Jakarta
- Pratikyo.W, 1986 *Dasar-dasar metodologi Penelitian Kedokteran dan Kesehatan*, Rajawali, Jakarta.
- Robbin,P.S,2001, *Perilaku Organisasi*, Jilid I, PT. Prenhallindo, Jakarta
- ,2001, *Perilaku Organisasi*, Jilid II,PT. Prenhallindo, Jakarta
- Ravianto,J,1990;*Produktivitas dan Tenaga Kerja Indonesia*, Lembaga Sarana Informasi Usaha dan Produktivitas, Jakarta.
- Rachdyatmaka,J.R (1999), *Analisis Faktor-faktor berhubungan dengan kinerja bidan desa dalam pelayanan ANC di Kabupaten Marauke*, Tesis,IKM-UGM, Yogyakarta.
- Stewart,D.M 1993 *Seri Pedoman Manajemen : Ketrampilan Manajemen* ,PT. Alex Media Komputerindo, Jakarta.
- Soejitno, S dkk, 2002, *Reformasi Perumahsakitan Indonesia*, Grasindo, Jakarta
- Sugiono,1994. *Metodologi Penelitian*, Alfabeta, Bandung
- , 2001, *Metode Penelitian Administrasi*,Alfabeta, Bandung
- , 2001, *Statistik untuk Penelitian* ,Alfabeta, Bandung

Simamora, Henry, 1987; *Manajemen Sumber Daya Manusia*, Penerbit STIEYKPN, Yogyakarta

Siagian, P. Sondang, 2001, *Manajemen Sumber Daya Manusia*, Bumi Aksara, Jakarta

Sumijo, Wahjo, 1987; *Kepemimpinan Manajer*, (Eksistensinya dalam perilaku Organisasi), CV. Rajawali Pres Cetakan 1, Jakarta.

Tulus, Moh. Agus, 1992; *Manajemen Sumber Daya Manusia*, Ghalia Indonesia, Jakarta.

Timpe, D.A *Seri manajemen Sumber Daya Manusia*, PT. Gramedia Asri Media, Jakarta.

Thoha Miftah, 1983, *Kepemimpinan Dalam Manajemen*, Raja Grafindo Persada, Jakarta

Umar, Husein, 2001, *Riset Sumber Daya Manusia*, PT. Gramedia Pustaka Utama, Jakarta

Zebua, J.V, 1997, *Hubungan antara kualitas pelayanan dan kemampuan membayar dalam pelayanan Antenatal di Kecamatan Bayan Kabupaten Purworejo*, Jawa Tengah, Tesis, IKM-UGM, Yogyakarta

UPT-PUSTAK-UNDIP